

**SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL DE PARRAL**

Giro: SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD Y
ACTIVIDADES RELACIONADAS

AVENIDA ANIBAL PINTO 1255- PARRAL

eMail : MBENAVIDES@SSMAULE.CL Telefono : 73
566884

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:61.606.918- 7

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº18

S.I.I. - PARRAL

Fecha Emision: 24 de Enero del 2018

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR

R.U.T.: 61.102.025- 2

GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS

DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

COMUNA TALCAHUANO

CIUDAD: TALCAHUANO

CONTACTO:

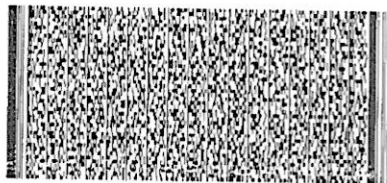
TIPO DE
COMPRA: DEL GIRO

14 FEB. 2018

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
07.02.003.004	EXS. Y PROCEDIMIENTOS	1	1.428			1.428
07.02.004.004	CONSULTAS MEDICAS	1	10.908			10.908

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0

EXENTO \$ 12.336

TOTAL \$ 12.336

EGRESOS

CODIGO LUAR 2010

Nº CHEQUE

Fecha Cheque

Tipo Pagos

ITEM

II

TOTAL \$ 12.336.

5324.950.000 (9001)
21522.1190.000

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 102274 (2022386)
Validez : Desde el 19/02/2018 al 21/03/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 61606918-7 HOSPITAL DE PARRAL
Dirección : ANIBAL PINTO S/N
Fono : (73) 462031

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente :
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable :
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22064735000
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad: MEDICINA INTERNA

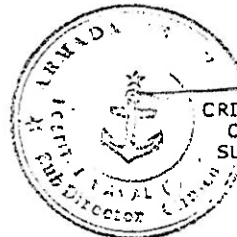
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	10908	5454	0	5454
0000301059	1	TIEMPO DE PROTROMBINA	1428	714	0	714
TOTAL GENERAL :			12336	6168	0	6168

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



CRISTIAN GONZALEZ GARFAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO (S)

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica: