



CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA S.A.
CLINICA HOSPITALARIA, ADMINISTRACION Y EXPLOTACION
HOSPITALES, CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

Calle Beauchef 765 - Casilla 38 - A
Teléfonos: (63) 246100 - 246282
e-mail: facturacioncav@alemana.cl
VALDIVIA-CHILE

R.U.T.: 76.555.870-0
FACTURA ELECTRONICA
Nº 33878

S.I.I.- VALDIVIA

Fecha de Emision
30 de MAYO de 2015

Señor (es) HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA	Telefono 41-2743183	R.U.T. 61.102.025-2	Fecha Venc.
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS	Comu / Ciudad Talcahuano -TALCAHUANO	Giro SERVICIOS MEDICOS	

POR LA ATENCION DE			Tipo paciente
Codigo Paciente Codigo no informado	Pieza- Cama	Desde el	Hasta el

CC	Detalle	Sub Total	Exento	Afecto
2	Exámenes y Procedimientos	11.714	0	11.714
MOTIVO : Cobro de Atención Ambulatoria - AT. PACIENTE: JAVIERA SCHWERT ER HOFMANN OP: 1505002314 (EX. LABORATORIO) CARTA ORDEN Nº 16878 (1625710).				

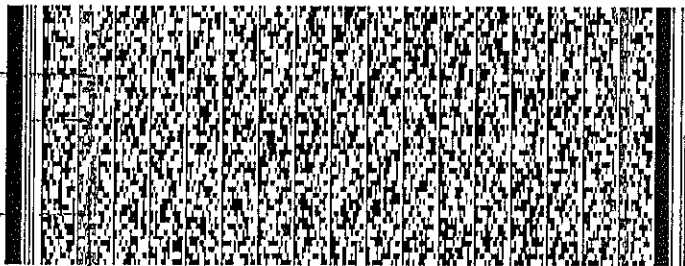
SON: TRECE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Pesos

Total Exento	Total Afecto	I.V.A	Total Factura
0	11.714	2.226	13.940

Emitido por: CAV_ANANCO

Al pagar con cheque, sírvase hacerlo a nombre de cruzándolo y borrando las palabras "a la orden" y al "portador", sólo la cancelación de la factura original es válida.

13940



Timbre Electronico SII

RES.198 del 2010 - Verifique documento: www.sii.cl

EGRESOS		
CODIGO LU.RF 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM.	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		13940

53211.00.000.000 (7100)
21576 11 350 0000

Armada de Chile
Dirección de Sanidad

CARTA ORDEN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 16878 (1625710)
Validez : Desde el 26/05/2015 al 25/06/2015
Tipo : AMBULATORIA

A : 76555870-0 CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA S.A.
Dirección : BEAUCHEF N° 765
Fono : (43)246237

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

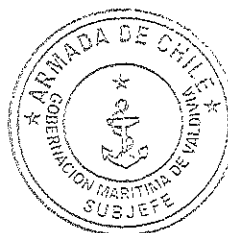
Paciente : 16311840-8 JAVIERA CATALINA SCHWERTER HOFMANN
Parentesco : CONYUGE
Repartición : LSG 1610 CORRAL
Responsable : 13996075-0 ROQUE IGNACIO NUÑEZ CABRERA
Institución : ARMADA
NPI : 71103-7
Pedida Por : HERMANN BIELER VALLECILLA
Especialidad : MED. GINECOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000306026	1	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE	6193	3097	2167	929
0000306008	1	CULTIVO CORRIENTE	7747	3874	2711	1162
TOTAL GENERAL :			13940	6971	4878	2091

Nota: 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.



CRISTIAN DIAZ TRIVIÑO
TENIENTE 1° LT
SUBJEFE