



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

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 34695

S.I.I.- VALDIVIA

Fecha de Emision
 08 de JULIO 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	Desde el
Pieza- Cama	Hasta el

CC	Detalle	Sub Total	Exento	Afecto
2	Exámenes y Procedimientos	51.073	0	51.073
MOTIVO : Cobro de Atención Ambulatoria - Atencion paciente Guerra Box Rodrigo Ambrosio. OP N° 1506002154.				

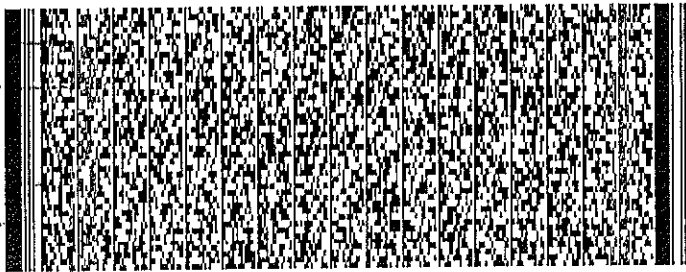
Total Exento	Total Afecto	I.V.A	Total Factura
0	51.073	9.704	60.777

SON: SESENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE Pesos

Emitido por: CAV_ESANTANAG

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

EGRESOS		
CODIGO CU.RP 2010		
N° CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		60.777.-



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

53211 01 060 0000 (5101)
 2152 11 *50 0000

Armada de Chile
Dirección de Sanidad

CARTA ORDEN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 17696 (1661280)
Validez : Desde el 20/08/2015 al 19/09/2015
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:

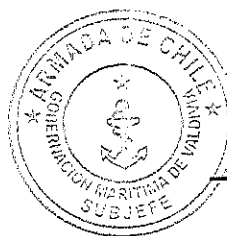
Paciente : 14545842-0 RODRIGO AMBROSIO GUERRA BOX
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 14545842-0 RODRIGO AMBROSIO GUERRA BOX
Institución : ARMADA
NPI : 558099-6
Pedida Por : RODRIGO MARQUEZ MARNICH
Especialidad : CIRUGIA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	867	867	0	0
0000401004	1	TORAX, PROYECCION COMPLEMENTARIA EN EL MISMO	13906	13906	0	0
0000401009	1	TORAX SIMPLE (FRONTAL O LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA) (1	21494	21494	0	0
0000401060	1	HOMBRO FEMUR RODILLA PIERNA COSTILLA O ES	24510	24510	0	0
TOTAL GENERAL :			60777	60777	0	0

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.



(Handwritten signature)
CRISTIAN DIAZ TRIVIÑO
TENIENTE 1° LT
SUBJEFE