



**MEGASALUD S.A.**

GIRO: CENTRO MEDICO  
 CASA MATRIZ: PEDRO FONTOVA N° 6650  
 TELEFONO: 4256000 - HUECHURABA - SANTIAGO  
 WEB: WWW.MEGASALUD.CL

R.U.T. : 96.942.400-2  
 Factura No Afecta o Exenta  
 Electronica  
 N°:001110466

S.I.I - SANTIAGO NORTE

Fecha	: 31-07-2015	Comuna	: Talcahuano
Señor (es)	: SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR	Ciudad	: Talcahuano
R.U.T.	: 61.102.025-2	Forma de Pago	:
Giro	: HOSPITALES Y CLINICAS	Vencimiento	: 31-07-2015
Dirección	: Michimalongo s/n Las Canchas	Contacto	: 0

Tipo Doc. Ref.	Num. Ref.	Fec. Doc. Ref. :
Liquidación Manual	Manual 825	31-07-2015

Cantidad	Descripción	Precio	Dcto.	Total
1	Temuco Medico-Descuento: \$-Tipo: Manual	53.504		53.504

**EGRESOS**

CODIGO UO.R.P. 2010

N° CHEQUE

Fecha CREARVE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

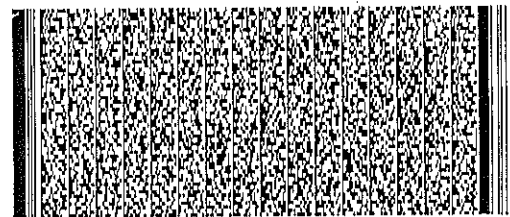
5320.000000 Dcto (Fono.)  
 2012 11 950 0000

07 JUL 2015

Observaciones :	Descuento :	Exento :	53.504
	Recargo :	Total :	53.504
	Otros Imp. :		

Nombre \_\_\_\_\_  
 Rut \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 Recinto \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

EL ACUSE DE RECIBO QUE SE DECLARA EN ESTE ACTO, DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN LA LETRA b) DEL ART. 4º, Y LA LETRA c) DEL ART. 5º DE LA LEY 19.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERIA(S) O SERVICIO(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S).



**CARTA ORDEN**

**Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
**Número** : 77967 (1668534)  
**Validez** : Desde el 08/09/2015 al 08/10/2015  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 96942400-2 MEGASALUD S.A.  
**Dirección** : AVENIDA PEDRO FONTOVA N° 6650 - HUECHURABA - STGO.  
**Fono** : 2925000

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


**Paciente** : 22823598-9 VICENTE DAVID QUINTEROS HIDALGO  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : FF.15 ALMIRANTE BLANCO ENCALADA  
**Responsable** : 16948383-3 DAVID ALEJANDRO QUINTEROS RIFFO  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 519011-3  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN  
**Especialidad** : NEUROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0001201019	1	EXPLORACION VITREORRETINAL	7504	3752	1876	1876
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	12832	6416	0	6416
<b>TOTAL GENERAL :</b>			20336	10168	1876	8292

**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.

  
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

**CARTA ORDEN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
Número : 77965 (1668530)  
Validez : Desde el 08/09/2015 al 08/10/2015  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 96942400-2 MEGASALUD S.A.**  
Dirección : AVENIDA PEDRO FONTOVA N° 6650 - HUECHURABA - STGO.  
Fono : 2925000

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

Paciente : 10453343-4 YOLANDA GLORIA . LEAL MUNOZ  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 8567635-0 OMAR ELADIO . SEPULVEDA SOTO  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 22100792000  
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN  
Especialidad : NEUROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	12832	6416	0	6416
<b>TOTAL GENERAL :</b>			12832	6416	0	6416

**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.

*Por favor a favor*

  
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

**CARTA ORDEN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
Número : 77966 (1668532)  
Validez : Desde el 08/09/2015 al 08/10/2015  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 96942400-2 MEGASALUD S.A.**  
Dirección : AVENIDA PEDRO FONTOVA N° 6650 - HUECHURABA - STGO.  
Fono : 2925000

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

Paciente : 16314313-5 VIVIANA ANDREA HIDALGO MATAMALA  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : FF.15 ALMIRANTE BLANCO ENCALADA  
Responsable : 16948383-3 DAVID ALEJANDRO QUINTEROS RIFFO  
Institución : ARMADA  
NPI : 519011-3  
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN  
Especialidad : NEUROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	12832	6416	0	6416
0001201019	1	EXPLORACION VITREORRETINAL	7504	3752	1876	1876
<b>TOTAL GENERAL :</b>			20336	10168	1876	8292

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.

Por favor 2 firmas

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO