



**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°: 001113337

S.I.I - SANTIAGO NORTE

Fecha	: 07-09-2015	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	: 07-09-2015
Dirección	: Michimalongo s/n Las Canchas	Contacto	: 0

Tipo Doc. Ref.	Num. Ref.	Fec. Doc. Ref. :
Liquidación Manual	Manual 163	07-09-2015

Cantidad	Descripción	Precio	Dcto.	Total
1	Chillan Medico-Descuento: \$-Tipo: Manual	59.136		59.136

**EGRESOS**

CODIGO UURP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

TEM	TAREA	MONTO
11		

53.011 02. 060 000 (9700)  
 21522 11 530 0060

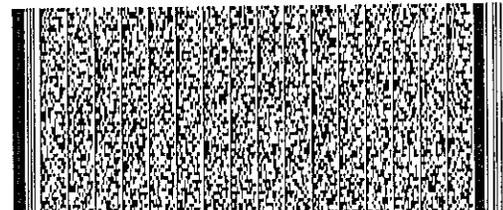
Observaciones :	Descuento :	Exento :	59.136
TOTAL \$ 59.136...	Recargo :	Total :	59.136
	Otros Imp. :		

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 18.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERIA(S) O SERVICIO(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S).



Factura Electronica (Construye)

**CARTA ORDEN**

**Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
**Número** : 78432 (1673277)  
**Validez** : Desde el 22/09/2015 al 22/10/2015  
**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** : 5254095-K ARSENIO SEGUNDO VEGA RIVERA  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 5254095-K ARSENIO SEGUNDO VEGA RIVERA  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 22090310000  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN  
**Especialidad** : NEUROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	19712	14784	0	4928
<b>TOTAL GENERAL :</b>			19712	14784	0	4928

**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 : **78431 (1673270)**  
Validez : Desde el 22/09/2015 al 22/10/2015  
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 : 3378475-9 FABIO MIR SOLAR BARRA  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 3378475-9 FABIO MIR SOLAR BARRA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 22060090000  
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN  
Especialidad : NEUROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	19712	14784	0	4928
<b>TOTAL GENERAL :</b>			19712	14784	0	4928

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** : 78430 (1673268)  
**Validez** : Desde el 22/09/2015 al 22/10/2015  
**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** : 22892341-9 DANIEL ISAIAS BETANCOURT INOSTROZA  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : BE-43 ESMERALDA  
**Responsable** : 14462511-0 ALEJANDRO ISAAC BETANCOURT RIQUELME  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 550501-7  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN  
**Especialidad** : NEUROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	19712	9856	0	9856
<b>TOTAL GENERAL :</b>			19712	9856	0	9856

**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