



CLÍNICA BÍO BÍO S.A.

Giro: Hospitales y Clínicas
Establecimientos Médicos de Atención Ambulatoria, Centros Médicos
Casa Matriz: Av. Jorge Alessandri N° 3515, TALCAHUANO
Teléfono: (41) 2734200 - Fax: (41) 2734201
www.clinicabiobio.cl
Sucursales: Tucapel N° 361 - San Martín N° 1332, CONCEPCIÓN

R.U.T.: 96.885.940-4
FACTURA ELECTRÓNICA
N° 55319

S.I.I. - TALCAHUANO

12 JUL. 2016

Talcahuano 30 de junio de 2016

Sr.(es) : HOSPITAL NAVAL
Dirección : MICHIMALONGO S/N BASE NAVAL
Ciudad : TALCAHUANO
Giro : SALUD
Atención a :
Observación : CONVENIO AMB JUNIO 2016

Rut : 61.102.025-2
Comuna : TALCAHUANO
Fono :
Fecha de Vencimiento : 09-07-2016

ROL	DESCRIPCIÓN	TOTAL
	VILLARROEL LEON ALONSO ESTEBAN-Afecto	42.017

EGRESOS

CODIGO CU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

REFERENCIAS

Tipos Fondos

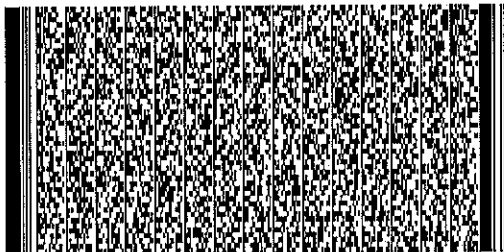
ITESON: CINCUENTA MIL PESOS. MONTO

TOTAL \$ 50.000

53211. \$5.060.000 (5101)
21522 11 \$50.000

Procedimiento en factura
n° 208463

AFECTO	42.017
I.V.A. 19 %	7.983
TOTAL	50.000



Timbre Electrónico SII

Res. 92 de 2013 - Verifique documento: www.sii.cl

Para regularizar el pago de esta factura puede realizar transferencia bancaria o depósito a la cuenta corriente N°90712-10 del Banco de Chile e informarnos de su pago a pago.facturas@clinicabiobio.cl

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 85861 (~~1771746~~) 1792648
Validez : Desde el 06/06/2016 al 06/07/2016
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 76686200-4 SERVICIOS MEDICOS DEL BIO BIO LTDA.**Dirección :** JORGE ALESSANDRI N° 3515**Fono :** 041-2734200**Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:**

Paciente : 25272365-K ALONSO ESTEBAN VILLARROEL LEON
Parentesco : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable : 13108985-6 OSCAR VILLARROEL HERNANDEZ
Institución : ARMADA
NPI : 605597-6
Pedida Por : CARMEN PEREZ NUÑEZ
Especialidad : NEUROLOGIA INFANTIL

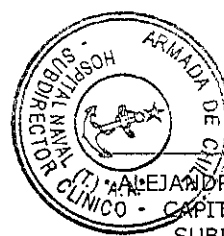
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0005900002	1	INSUMOS DE ANESTESIA	50000	25000	25000	0
		TOTAL GENERAL :	50000	25000	25000	0

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



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO