

Señor(es) : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
R.U.T. : 61.102.025-2  
Giro : SALUD  
Dirección : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS  
Comuna : TALCAHUANO Ciudad : TALCAHUANO

Teléfono :

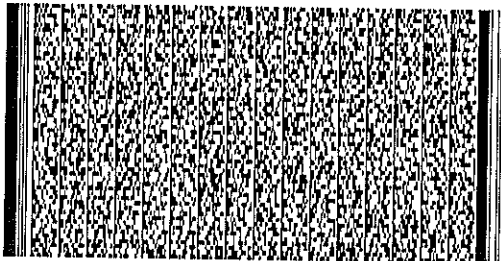
Referencia :

14 MAR. 2016

INGRESO FACTURAS

| Item             | Código | Descripción                                     | U.M. | Cantidad | Precio Unit. | Valor Dcto. | Valor  |
|------------------|--------|-------------------------------------------------|------|----------|--------------|-------------|--------|
| 1                | 1      | PRESTACION MEDICA AMBULATORIA.- 04 ATENCIONES.- | UN   | 1,00     | 70.008,00    | 0,00        | 70.008 |
| EGRESOS          |        |                                                 |      |          |              |             |        |
| CODIGO UURP 2010 |        |                                                 |      |          |              |             |        |
| Nº CHEQUE        |        |                                                 |      |          |              |             |        |
| Fecha CHEQUE     |        |                                                 |      |          |              |             |        |
| Tipo Fondos      |        |                                                 |      |          |              |             |        |
| ITEM             | TAREA  | MONTO                                           |      |          |              |             |        |
| 1                |        |                                                 |      |          |              |             |        |
|                  |        |                                                 |      |          |              |             |        |
|                  |        |                                                 |      |          |              |             |        |
|                  |        |                                                 |      |          |              |             |        |
| TOTAL \$         |        | 70.008.                                         |      |          |              |             |        |

SON: SETENTA MIL OCHO PESOS.--



Timbre Electronico S.I.I.

Resolución 80 del 22/09/2014

Verifique Documento: <http://www.sii.cl>

Exento: \$ 70.008 Total: 70.008

Observaciones:

Cancelado por :

Nº 09083

CTA  
№1 22-092659-0

AFILIADO

BARRERA

APELLIDO PATERNO

ALARCON

**APELLIDO MATERNO**

LEONCIO

## NOMBRES

R.U.T.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 6 | . | 6 | 0 | 7 | 0 | 1 | 5 | - | 8 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|

## PARENTESCO

CARGA

|   |   |
|---|---|
| 0 | 2 |
|---|---|

01/Si Mismo 02/Cónyuge 03/Hijo 04/Padre

## PACIENTE

FERNANDEZ

APELLIDO PATERNO

A LVARADO

**APELLIDO MATERNO**

PATRICIA

## NOMBRES

R.U.T.

|   |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7 | . | 285490-k |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

Imprenta Insignia, Base Naval - Thno.

|             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| Profesional | INMOBILIARIA INVERSALUD. S.A. |
| Institución |                               |

|              |          |
|--------------|----------|
| Especialidad | HOSPITAL |
|--------------|----------|

R.u.t.: 76046416-3

TOTAL

BONIFIC.

A PAGAR

16-02-2016

FECHA

TELEFONO

602.53

FIRMA IMPONENTE

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL  
EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

Cecilia Cárcamo Fernández  
Paramédica

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)  
1º COPIA PROF. O INST.  
2º COPIA ARCHIVO

Nº 09097

|         |
|---------|
| RUBEN   |
| NOMBRES |

01/Si Mismo 02/Cónyuge 03/Hijo 04/Padre

CARMEN A.  
NOMBRES

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 7 | . | 6 | 1 | 7 | 9 | 7 | 3 | - | 5 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|

Imprenta Insignia, Base Naval - Thno.

|          |  |
|----------|--|
| TOTAL    |  |
| BONIFIC. |  |
| A PAGAR  |  |

FECHA

*Jocilia Cárdenas Fernández*  
Paramédico

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)  
1º COPIA PROF. O INST.  
2º COPIA ARCHIVO

Nº 09106

CTA. 32-019728-1

AFILIADO

ECHEVERRIA

APPELLIDO PATERNO

SANHUEZA

**APELLIDO MATERNO**

~~BOEX~~ RDSITA

## NOMBRES

R.U.T.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 6 | . | 9 | 5 | 1 | 0 | 1 | 5 | - | 9 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|

## PARENTESCO

CARGA

|   |   |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

01/Si Mismo 02/Cónyuge 03/Hijo 04/Padre

## PACIENTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

## NOMBRES

R.U.T.

[illegible]

Imprenta Insignia, Base Naval - Thno.

Professional  
Institución

~~INMOBILIARIA INVERSAUD. S.A~~

Especialidad HOSPITAL

R. 076046416-3

TOTAL

BONIFIC.

A PAGAR

|            |
|------------|
| 29-02-2016 |
|------------|

FECHA

TELEFONO 731215

Rosa Ichavez de S

FIRMA IMPONENTE

Cecilia Cardozo Fernández

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL  
EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)  
1º COPIA PROF. O INST.  
2º COPIA ARCHIVO

Nº 09114

CTA. 32-039302-0

AFILIADO

GUSMAN  
APELLIDO PATERNO

ASCENCIO  
APELLIDO MATERNO

RAQUEL

R.U.T.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 2 | . | 0 | 5 | 7 | 2 | 9 | 7 | - | 3 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|

## PARENTESCO

CARGA

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

01/Si Mismo 02/Cónyuge 03/Hijo 04/Padre

## PACIENTE

APELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.U.T.

[illegible][illegible]

Imprenta Insignia, Base Naval - Thno.

Profesional INMOBILIARIA INVERSA S.A.  
Institución \_\_\_\_\_

Especialidad HOSPITAL

R.u.t.: 76046416-3

TOTAL

**BONIFIC.**

A PAGAR

29-02-2016

FECHA

TELEFONO 883400 96

FIRMA IMponentE

*Jesús Carlos Fernández*  
Firma

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL  
EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)  
1º COPIA PROF. O INST.  
2º COPIA ARCHIVO