

FUND DOCTOR ALFREDO GANTZ MANN

Giro: OTROS TIPOS DE VENTA AL POR MENOR NO REALIZADA EXLMACEN  
Dirección: EL LAZO 8545  
PUDAHUEL - SANTIAGO

S.I.I - SANTIAGO PONIENTE

08 SET. 2016

<b>Señor(es):</b>	HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA	<b>F. Emisión:</b>	2016-08-24
<b>R.U.T.:</b>	61.102.025-2	<b>F. Vencimiento:</b>	2016-09-24
<b>Giro:</b>	HOSPITALES Y CLINICAS	<b>Fecha Pago:</b>	2016-09-24 - 30 DIAS
<b>Dirección:</b>	MICHIMALONGO S.N		
<b>Comuna:</b>	LAS CANCHAS		
<b>Ciudad:</b>	TALCAHUANO		

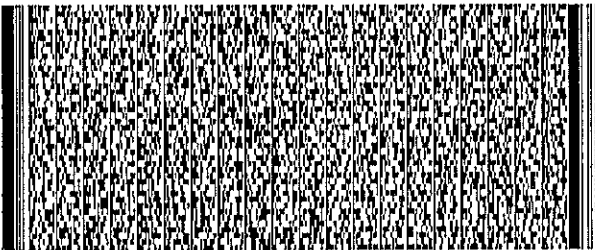
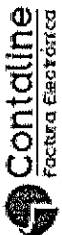
Línea	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Valor
1	1	BONO CONSULTA MEDICA AMBULATORIA	1	15.000	15.000

PACIENTE: SEBASTIÁN AGUITA PÉREZ  
RUT.: 20.540.486-4  
FICHA: 7362

SEGÚN ORDEN DE ATENCIÓN N°87636(1794538)

<b>EGRESOS</b>		
CODIGO LU.RP 2010		
N° CHEQUE .....		
Fecha CHEQUE .....		
Tipo Fondos .....		
ITEM	TAREA	MONTO
11		53211, 95.060.0000 (9701)
		21522 11 950 2060
Referencia:		
TOTAL \$ Quince mil 15.000		

Descuento	\$	0
Neto	\$	0
Exento	\$	15.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>15.000</b>



Timbre Electrónico S.I.I.  
Resolución 80 del 22/08/2014 Verifique Documento: <http://www.sii.cl>

Cancelado por: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Nombre: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_  
Recinto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

"El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del art. 4°, y la letra c) del Art. 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)".

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
**Número** : 87636 (1794538)  
**Validez** : Desde el 02/08/2016 al 01/09/2016  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 70532500-6 HOSPITAL DEL NIÑO CON FISURA - FUNDACION GANTZ  
**Dirección** : CALLE EL LAZO 8545 - PUDAHUEL - SANTIAGO  
**Fono** : 23386421

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

**Paciente** : 20540486-4 SEBASTIAN IGNACIO ANGUIA PEREZ  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : COMANDANCIA BASE DE SUBMARINOS  
**Responsable** : 11680521-9 LEONARDO ANTON ANGUIA MELLA  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 558091-1  
**Pedida Por** : HECTOR FERNANDEZ AZOCAR  
**Especialidad** : CIRUGIA INFANTIL



Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAR/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	15000	7500	0	7500
<b>TOTAL GENERAL :</b>			15000	7500	0	7500

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