

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
HOSPITAL BASE

Giro: SALUD
BUERAS 1003 - VALDIVIA
eMail : LUIS.VILLA@REDSALUD.GOV.CL
Telefono :

R.U.T.:61.607.502-0

FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº3264

12 OCT. 2017

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR LUJAN - VALDIVIA

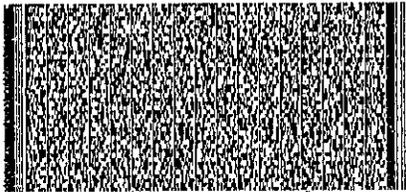
R.U.T.: 61.102.025-2
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
COMUNA: TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO
CONTACTO:

Fecha Emision: 30 de Agosto del 2017

12 OCT. 2017

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Implo Adic.*	%Desc.	Valor
0702001004-431010104	DIA CAMA PART.	1	543.570			543.570
0702002004-431010204	PABELLON PART.	1	316.080			316.080
0702003004-431010304	EXAMENES PART.	1	891.390			891.390
0702004004-431010404	AT. MEDICA PART.	1	414.530			414.530
0702005004-431010504	MEDICAMENTOS PART. PRESTACIONES ASISTENCIALES SEGÚN ORDENES DE ATENCION ADJUNTAS RENDICION 020.	1	66.220			66.220
IMPUESTO ADICIONAL \$						0
EXENTO \$						2.231.790
TOTAL \$						2.231.790



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

EGRESOS

CODIGO LU.RR 2010

Nº CHEQUE

Fecha Creacion

Tipo Fondos

ITEM

II

TOTALS 2.231.790

5324. 910 50 0000 (9101)
21524 II 910 0030

Autoryocion AFSA n° 3508 del 20-07-2017

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23832 (1936429)
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : LSG 1610 CORRAL
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
0009920002	1	EXAMENES	19440	9720	6804	2916
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	29090	14545	10181	4364
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	14500	7250	5075	2175
TOTAL GENERAL :			95440	47720	22060	25660

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



 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23833 (1936436)
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

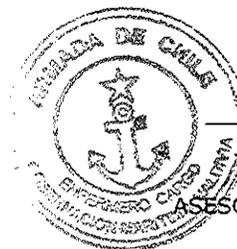
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

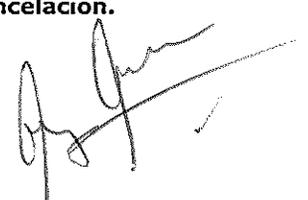
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	32410	0	0
0000404002	1	ECOGRAFIA OBSTETRICA	8470	8470	0	0
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	5690	5690	0	0
TOTAL GENERAL :			46570	46570	0	0

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23829 (1936380)
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

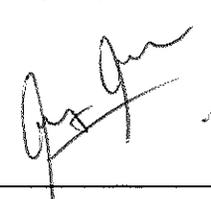
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
0009920002	1	EXAMENES	5570	2785	1949	836
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	14240	7120	3560	3560
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	4110	0	0	4110
TOTAL GENERAL :			56330	26110	5509	24711

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23828 (1936371)
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
TOTAL GENERAL :			32410	/ 16205	0	16205

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23827 (1936368)
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

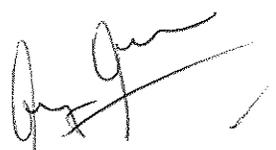
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	/ 24308	0	8102
TOTAL GENERAL :			32410	24308	0	8102

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 24292 (1959165)
Validez : Desde el 07/09/2017 al 07/10/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000200001	1	HOSPITALIZACIÓN	380940	190470	190470	0
TOTAL GENERAL :			380940	190470	190470	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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 24293 (1959174)
Validez : Desde el 07/09/2017 al 07/10/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DR. BLAZ LESINA B.
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	3590	1795	1256	539
0000302023	3	CREATININA EN SANGRE	5130	2565	1795	770
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	12160	6080	4256	1824
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	6740	3370	2359	1011
0000301045	1	HEMOGRAMA	3890	1945	1361	584
0000302032	3	ELECTROLITOS	4740	2370	1659	711
TOTAL GENERAL :			36250	18125	12686	5439

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23686 (1928123)
Validez : Desde el 28/06/2017 al 28/07/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DR. BLAZ LESINA B.
Especialidad : MED. CIRUJANO

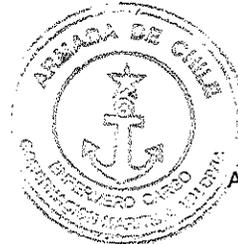
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	/ 13375	0	13375
TOTAL GENERAL :			26750	/ 13375	0	13375

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.

[REDACTED]
 Firma/- Nombre - RUN
 Beneficiario




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD!

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23723 (1930939)
Validez : Desde el 04/07/2017 al 03/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAULA LEHMANN F.
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	1690	845	591	254
0000309022	1	ORINA COMPLETA	3810	1905	1333	572
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	1690	845	591	254
0009920002	1	EXAMENES	1010	505	353	152
TOTAL GENERAL :			8200	4100	2868	1232

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23773 (1932678)
Validez : Desde el 07/07/2017 al 06/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAULA LEHMANN F.
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
TOTAL GENERAL :			26750	13375	0	13375

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23771 (1932623)
Validez : Desde el 07/07/2017 al 06/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAULA LEHMANN F.
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
TOTAL GENERAL :			26750	13375	0	13375

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23724 (1930955)
Validez : Desde el 04/07/2017 al 03/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA
Dirección : SIMPSON Nº 850 VALDIVIA
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAULA LEHMANN F.
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
TOTAL GENERAL :			26750	13375	0	13375

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI