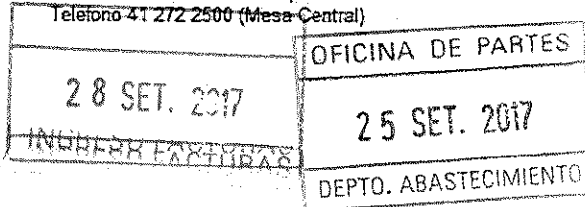




HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN
PRESTACIONES MEDICAS

San Martín 1436 - Concepción
Teléfono 41 272 2500 (Mesa Central)



R.U.T.: 61.602.189- 3
**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº 2126

S.I.L. - CONCEPCIÓN

asepulveda

Concepción, 20-Septiembre-2017

Señores : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Dirección : MICHIMALONGO S/N - BASE NAVAL Comuna: TALCAHUANO
Giro : 0

R.U.T. : 61.102.025- 2
Ciudad : TALCAHUANO
Guía de despacho :

Por lo siguiente:

a: **SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN**
HOSPITAL CL. REG. CONCEPCIÓN

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310104	CONSULTA MEDICA POR ATENCION MEDICA A PACIENTES BENEFICIARIOS PCTE: F [REDACTED] ORDEN: 98500 SON: 01 ORDEN ADJUNTA		19.710

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Son: DIECINUEVE MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS.

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

MONTO EXENTO	\$	19.710
MONTO TOTAL	\$	19.710



Timbre Electronico SII
Res. Nº 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

TOTAL \$ 19.710.-

53211. 99.000.0000 (9001)
21522. 11 990 0000.

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 : 98500 (1950247)
Validez : Desde el 18/08/2017 al 17/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
Dirección : SAN MARTIN, CONCEPCION
Fono : 224280

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

Paciente :
Parentesco : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI :
Pedida Por : HECTOR FERNANDEZ AZOCAR
Especialidad: CIRUGIA INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	19710	9855	4927	4928
TOTAL GENERAL :			19710	9855	4927	4928

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

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica: