



Centro Clínico Militar  
"Concepción"

### CENTRO CLINICO MILITAR CONCEPCION

Giro: CENTRO CLINICO, SERVICIOS MEDICOS,  
DENTALES, LABORATORIO, RAYOS,  
GENERAL NOVOA 210 - CONCEPCION  
eMail : FINANZAS@CCMCONCEPCION.CL

Teléfono : 41 2106650

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR  
R.U.T.: 61.102.025- 2  
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS  
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS  
COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO  
CONTACTO:

R.U.T.:65.311.270- K

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

Nº1679

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 31 de Agosto del 2017

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
	Atenciones Médicas Correspondiente a prestaciones efectuadas en el SCM Chillán a Imponentes y sus cargas familiares, desde el 01 al 31.AGO.2017.	1	344.628			344.628



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	344.628
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>344.628</b>

20 SET 2017

IMPUESTO ELECTRONICO

## EGRESOS

CODIGO LU.RR 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTAL \$ 344.628.-

33211.99.020.0000 (9501)

21522.11.990.0020.



**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 : **99251 (1966193)**  
 Validez : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
 Dirección : **GENERAL NOVOA N°210**  
 Fono : **311678**

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 : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**  
 Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101504	1	CONSULTA MEDICO INTERCONSULTOR ESPECIALIDAD FALENTE	12359	9270	0	3089
0009920002	1	EXAMENES	5317	3988	0	1329
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>17676</b>	<b>13258</b>	<b>0</b>	<b>4418</b>

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:

Ficha Clínica:

**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 : 99249 (1966189)  
 Validez : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
 Dirección : GENERAL NOVOA Nº210  
 Fono : 311678

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  
 Nº CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
 Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	9104	6828	0	2276
0000101504	1	CONSULTA MEDICO INTERCONSULTOR ESPECIALIDAD FALENTE	12359	9270	0	3089
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>21463</b>	<b>16098</b>	<b>0</b>	<b>5365</b>

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.

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 : 99253 (1966200)  
Validez : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN  
Dirección : GENERAL NOVOA Nº210  
Fono : 311678

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  
Nº CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101504	1	CONSULTA MEDICO INTERCONSULTOR ESPECIALIDAD FALENTE	12359	9270	0	3089
<b>TOTAL GENERAL :</b>			12359	9270	0	3089

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: [REDACTED]  
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

**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 : **99254 (1966205)**  
 Validez : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
 Dirección : **GENERAL NOVOA N°210**  
 Fono : **311678**

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**  
 Nº CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**  
 Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	51958	38969	0	12989
<b>TOTAL GENERAL :</b>			51958	38969	0	12989

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

[REDACTED]

Ficha Clínica:

**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 : **99255 (1966208)**  
Validez : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : **GENERAL NOVOA N°210**  
Fono : **311678**

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

Paciente :   
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable :   
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA :   
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**  
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101504	1	CONSULTA MEDICO INTERCONSULTOR ESPECIALIDAD FALENTE	12359	9270	0	3089
<b>TOTAL GENERAL :</b>			12359	9270	0	3089

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:

**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 : 99256 (1966211)  
 Validez : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
 Dirección : GENERAL NOVOA Nº210  
 Fono : 311678

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  
 Nº CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
 Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101504	1	CONSULTA MEDICO INTERCONSULTOR ESPECIALIDAD FALENTE	12359	9270	0	3089
<b>TOTAL GENERAL :</b>			12359	9270	0	3089

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:

**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** : 99422 ( 1968390 )  
**Validez** : Desde el 02/10/2017 al 01/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN****Dirección:** GENERAL NOVOA Nº210**Fono** : 311678

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : SIN DATOS DISPONIBLES  
**Especialidad** :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
9920002	1	EXAMENES	27511	13756	0	13755
<b>TOTAL GENERAL :</b>			27511	13756	0	13755

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:**61102025-2** Dirección  
**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**  
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

\_\_\_\_\_  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

\_\_\_\_\_  
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO



**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** : 99261 (1966226)  
**Validez** : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN  
**Dirección** : GENERAL NOVOA Nº210  
**Fono** : 311678

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101515	1	CONSULTA NUTRICIONISTA	10628	5314	0	5314
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10628	5314	0	5314

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

[REDACTED]

Ficha Clínica:



