

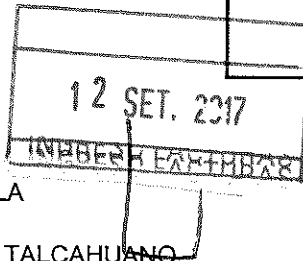
**HOSPITAL CLINICO
HERMINDA MARTIN**
HOSPITAL
FRANCISCO RAMIREZ 10, CHILLAN

R.U.T.: 61.607.001-0
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N° 2489

S.I.L - CHILLAN

Jueves 7 de septiembre del 2017

R.U.T. : 61.102.025-2
Señor(es) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Giro : HOSPITALES Y CLINICAS
Dirección : MICHIMALONGO S-N LAS CANCHAS, TALCAHUANO



Código	Item	Cant.	P. unitario	Total item
431-01 - 04-04	ATENCION AMBULATORIA	1	24.500	24.500
431-01-07	TRASLADOS AMBULANCIA BENEFICIARIO DEL HOSP. NAVAL SEGÚN ORDEN N°12985 POR ATENCION DE URGENCIA. DETALLES ANEXOS.-	1	62.000	62.000

EGRESOS	
CODIGO LU.RP 2010	
N° CHEQUE	
Fecha Contable	
Tipo Fondos	
ITEM	
TOTAL \$ 86.500	

Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014
Verifique documento: www.sii.cl

53211.95 000.0000 (9001)
21522.11 950 0000

Exento \$: 86.500
Total \$: 86.500

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 : 99268 (1966291)
Validez : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN
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
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	18375	0	6125
0002401061	1	TRASLADO Y/O RESCATE SIMPLE	62000	46500	0	15500
TOTAL GENERAL :			86500	64875	0	21625

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: