

**ANA GEMMATO DE TEDESCO  
SERVICIOS MEDICOS EMPRESA  
INDIVIDUAL DE RESPON**

Giro: SERVICIOS MEDICOS  
SALAS 53 507- CONCEPCION  
eMail : AMGEMMATO@HOTMAIL.COM Telefono :

R.U.T.:76.459.089- 9

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

**N°405**

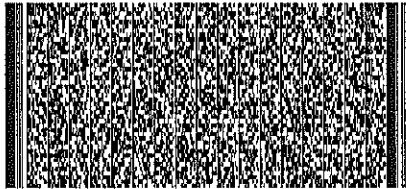
SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR  
R.U.T.: 61.102.025- 2  
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS  
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS  
COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO  
CONTACTO:

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 04 de Noviembre del 2016

**14 NOV. 2016**

| Codigo             | Descripcion | Cantidad | Precio | %Impto<br>Adic.* | %Desc. | Valor     |
|--------------------|-------------|----------|--------|------------------|--------|-----------|
| -                  | C/O 22387   | 1        | 20.304 |                  |        | 20.304    |
| -                  | C/O 22580   | 1        | 20.304 |                  |        | 20.304    |
| -                  | C/O 22479   | 1        | 20.304 |                  |        | 20.304    |
| -                  | C/O 22642   | 1        | 20.304 |                  |        | 20.304    |
| IMPUESTO ADICIONAL |             |          |        |                  |        | \$ 0      |
| EXENTO             |             |          |        |                  |        | \$ 81.216 |
| TOTAL              |             |          |        |                  |        | \$ 81.216 |



Timbre Electrónico SII

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

**EGRESOS**

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

| ITEM | TAREA | MONTO |
|------|-------|-------|
| 11   |       |       |
|      |       |       |
|      |       |       |

53211, 99, 060.8880 (5m01)  
21522 11 990 8060

**TOTAL \$ 81.216.**

**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** : 89640 (1824224)  
**Validez** : Desde el 12/10/2016 al 11/11/2016  
**Tipo** : HOSPITALIZADA

**A** : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO  
**Dirección** : SALAS N° 53  
**Fono** : CEL 88044019

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

**Paciente** : 2604372-7 LUIS ALBERTO VELOZO CHAVEZ  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 2604372-7 LUIS ALBERTO VELOZO CHAVEZ  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 22049402000  
**Pedida Por** : PATRICIA GARCIA GONZALEZ  
**Especialidad** : INTERNISTA

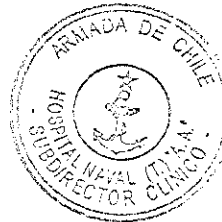
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código          | Cant | Descripción                            | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|----------------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000101009      | 1    | CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO | 20304  | 15228          | 5076    | 0       |
| TOTAL GENERAL : |      |                                        | 20304  | 15228          | 5076    | 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



\_\_\_\_\_  
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 : 89642 ( 1824323 )  
Validez : Desde el 12/10/2016 al 11/11/2016  
Tipo : HOSPITALIZADA

**A DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO**

Dirección: SALAS N° 53

Fono : CEL 88044019

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

Paciente : 7842122-3 MARIA ELISA YEVENES REYES  
Parentesco :  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 7842122-3 MARIA ELISA YEVENES REYES  
Institución : PARTICULAR  
N° CUENTA : 00000000000  
Pedida Por : VIVIANA LUZ CASTAÑÓN ROMÁN  
Especialidad :

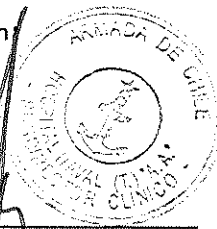
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código          | Cant | Descripción                            | PRECIO | FOSAN | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|----------------------------------------|--------|-------|---------|---------|
| 101009          | 1    | CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO | 20304  | 0     | 0       | 20304   |
| TOTAL GENERAL : |      |                                        | 20304  | 0     | 0       | 20304   |

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 : **89581 (1823786)**  
Validez : Desde el 11/10/2016 al 10/11/2016  
Tipo : **HOSPITALIZADA**

**A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO**  
**Dirección : SALAS N° 53**  
**Fono : CEL 88044019**

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

Paciente : 6805188-6 GRACIELA DEL CARMEN BERNALES SANCHEZ  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 6805188-6 GRACIELA DEL CARMEN BERNALES SANCHEZ  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 32033545100  
Pedida Por : DR. PILAR CARTES WALDERRAMA  
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código          | Cant | Descripción                            | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|----------------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000101009      | 1    | CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO | 20304  | 15228          | 5076    | 0       |
| TOTAL GENERAL : |      |                                        | 20304  | 15228          | 5076    | 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



\_\_\_\_\_  
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 : 89467 (1821787)  
Validez : Desde el 05/10/2016 al 04/11/2016  
Tipo : HOSPITALIZADA

**A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO****Dirección : SALAS N° 53****Fono : CEL 88044019****Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:**

Paciente : 6324956-4 FRANCISCA DEL ROSARIO BASTIAS FLORES  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 6324956-4 FRANCISCA DEL ROSARIO BASTIAS FLORES  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 32043161100  
Pedida Por : CARLOS MICOLICH FIGUEROA  
Especialidad : MEDIC INTEGRAL (SISAN)

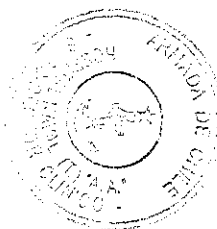
**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

| Código                 | Cant | Descripción                                    | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|------------------------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000101008             | 1    | VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO | 20304  | 15228          | 5076    | 0       |
| <b>TOTAL GENERAL :</b> |      |                                                | 20304  | 15228          | 5076    | 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



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