

**SERVICIO DE SALUD DE
TALCAHUANO HOSPITAL**

Giro: HOSPITAL Y CLINICAS
ALTO HORNO 777- TALCAHUANO

R.U.T.:61.607.202- 1

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº1386

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:

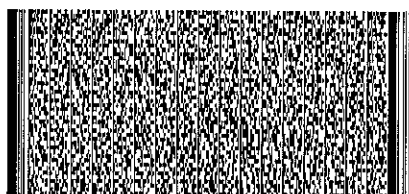
S.I.I. - TALCAHUANO

Fecha Emision: 01 de Marzo del 2017

15 MAR. 2017

INGRESO FACTURAS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
03-00.000	EX. LABORATORIO	1	27.500			27.500
PACIENTE CATALINA GONZALEZ SANDOVAL INGRESO 08-02-2017						



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0

EXENTO \$ 27.500

TOTAL \$ 27.500

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$ 27.500		

53211.92 010_0000 (SIC1)
21522.11 950 0000

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **92537 (1861689)**
Validez : Desde el 17/01/2017 al 16/02/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : 19699142-5 CATALINA . GONZALEZ SANDOVAL
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 7356330-5 RICARDO ROBERTO GONZALEZ ALVARADO
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22120770000
Pedida Por : NELSON MUÑOZ FLORES
Especialidad: BRONCOPULMONAR

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301089	2	FACTOR VON WILLEBRAN	25800	12900	0	12900
0009920002	1	EXAMENES	1700	850	0	850
TOTAL GENERAL :			27500	13750	0	13750

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

19699142-5 CATALINA . GONZALEZ SANDOVAL

Ficha Clínica: