



HOSPITAL CLINICO
HERMINDA MARTIN

HOSPITAL
FRANCISCO RAMIREZ 10, CHILLAN

R.U.T.: 61.607.001-0
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N° 1219

23 FEB. 2017
DEPTO. ABASTECIMIENTO

S.I.I. - CHILLAN

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

24 FEB. 2017

Miércoles 22 de febrero del 2017

Código	Item	Cant.	P. unitario	Total item
431- 01 - 03- 04	EXAMENES	1	257.160	257.160
431- 01 - 04- 04	ATENCION AMBULATORIA	1	192.480	192.480
431- 01 - 05- 04	VENTA MEDICAMENTOS FACTURACIÓN A BENEFICIARIOS DE LA ARMADA SEGÚN NÓMINA N°276 FECHA.20-02-2017 POR ATENCIONES DE URGENCIA. DETALLE ANEXOS.-	1	14.778	14.778

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

53211.99 000.0000 (9501)
21522 11 910 0000

TOTAL \$

Exento \$: 464.418
Total \$: 464.418

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

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 : **93650 (1877708)**
Validez : Desde el 06/03/2017 al 05/04/2017
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 : 6477329-1 HERBERT MANUEL MELLADO AQUEVEQUE
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 6477329-1 HERBERT MANUEL MELLADO AQUEVEQUE
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22083300000
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	24060	18045	0	6015
TOTAL GENERAL :			24060	18045	0	6015

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

6477329-1 HERBERT MANUEL MELLADO AQUEVEQUE

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 : 93651 (1877712)
Validez : Desde el 06/03/2017 al 05/04/2017
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 : 24597905-3 VICENTE IGNACIO MONTECINOS NAVARRETE
Parentesco : HIJOS
Repartición : BE-43 ESMERALDA
Responsable: 17988472-0 ERICK DANILO MONTECINOS PASTENE
Institución : ARMADA
NPI : 512412-7
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	3	CONSULTA URGENCIA	72180	36090	0	36090
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	5978	2989	1494	1495
TOTAL GENERAL :			78158	39079	1494	37585

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

24597905-3 VICENTE IGNACIO MONTECINOS NAVARRETE 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 : 93652 (1877716)
Validez : Desde el 06/03/2017 al 05/04/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : 17060833-K ALEXA DANISSA TRIVIÑO VELASQUEZ
Parentesco : CONYUGE
Repartición : CENTRO DE ABASTECIMIENTO TALCAHUANO
Responsable : 13577835-4 JHONNY ALEX AVILEZ GUTIERREZ
Institución : ARMADA
NPI : 563897-4
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	24060	12030	0	12030
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	49140	24570	12285	12285
TOTAL GENERAL :			73200	36600	12285	24315

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARTÍAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

17060833-K ALEXA DANISSA TRIVIÑO VELASQUEZ

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 : 93654 (1877720)
Validez : Desde el 06/03/2017 al 05/04/2017
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 : 23382306-6 ANGELA . FIGUEROA GUAJARDO
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 12970734-8 ROBINSON WLADIMIR FIGUEROA FLORES
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22132526000
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	24060	12030	0	12030
TOTAL GENERAL :			24060	12030	0	12030

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFÍAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

23382306-6 ANGELA . FIGUEROA GUAJARDO

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 : 93653 (1877719)
Validez : Desde el 06/03/2017 al 05/04/2017
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 : 3137032-9 OCTAVIO DOMINGO PALAVICINO CHAVEZ
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 3137032-9 OCTAVIO DOMINGO PALAVICINO CHAVEZ
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22059790000
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	24060	18045	0	6015
0009920002	1	EXAMENES	16430	12323	0	4107
TOTAL GENERAL :			40490	30368	0	10122

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFIAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

3137032-9 OCTAVIO DOMINGO PALAVICINO CHAVEZ

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 : 93655 (1877725)
Validez : Desde el 06/03/2017 al 05/04/2017
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 : 8635190-0 ARTURO OROSMAN PALMA ALARCON
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 8635190-0 ARTURO OROSMAN PALMA ALARCON
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22101350000
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	24060	18045	0	6015
0009920002	1	EXAMENES	129400	97050	0	32350
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	52310	39233	0	13077
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	18680	14010	0	4670
TOTAL GENERAL :			224450	168338	0	56112

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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