

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23351 (1910706)
Validez : Desde el 22/05/2017 al 21/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : ~~XX~~
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : ~~XX~~
Institución :
NPI : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401046	1	COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (AMBAS INCLUYEN Q	10910	10910	0	0
TOTAL GENERAL :			10910	10910	0	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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD.

ARMADA DE CHILE

DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23338 (1909828)
Validez : Desde el 18/05/2017 al 17/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : \$\$\$\$
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$\$\$\$
Institución :
NPI : \$\$\$\$
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
		TOTAL GENERAL :	7914	7914	0	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



[Signature]
PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD:

ARMADA DE CHILE

DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23239 (1905255)
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$\$\$\$\$\$
Institución :
NPI : \$\$\$\$\$\$
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	0	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



[Firma]
PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
asesor SANIDAD GOB. MARIT.VALD!

ARMADA DE CHILE

DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23218 (1904392)
Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : ~~XX~~
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : ~~XX~~
Institución :
N° CUENTA : ~~XXXXXXXXXXXX~~
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
		TOTAL GENERAL :	7914	3957	0	3957

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



[Signature]
PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23167 (1901422)
Validez : Desde el 02/05/2017 al 01/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Institución :
N° CUENTA : ~~XXXXXXXXXXXX~~
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

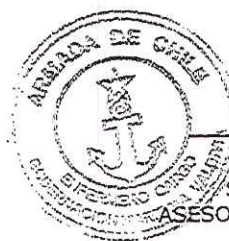
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
		TOTAL GENERAL :	7914	5936	0	1978

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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23236 (1905225)
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : ~~XX~~
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : ~~XX~~
Institución :
N° CUENTA : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Pedida Por : DRA. SIMONE SAONA Z.
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	3693	0	3692
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
TOTAL GENERAL :			12585	6293	0	6292

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



PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

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

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARÍTIMA DE VALDIVIA
 Número : 23324 (1908720)
 Validez : Desde el 16/05/2017 al 15/06/2017
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente :
 Parentesco : CONYUGE
 Repartición : SIN REPARTICION
 Responsable :
 Institución : F
 N° CUENTA :
 Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
 Especialidad : MEDICO CIRUJANO

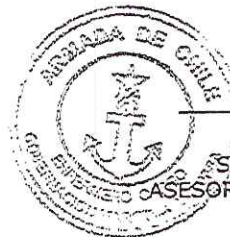
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	2588	0	2588
TOTAL GENERAL :			5176	2588	0	2588

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



PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASesor SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23333 (1909274)
Validez : Desde el 17/05/2017 al 16/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : ~~XX~~
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : ~~XX~~
Institución :
Nº CUENTA : ~~XX~~
Pedida Por : LUIS CONCHA MOSQUERA
Especialidad : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1801	0	600
0000302032	3	ELECTROLITOS	2952	2214	0	738
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1120	0	373
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	2478	0	825
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	4513	0	1504
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
TOTAL GENERAL :			24878	18661	0	6217

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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

ORDEN DE ATENCIÓN

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

Paciente :
Parentesco : CONYUGE
Repartición :
Responsable :
Institución :
NPI :
Pedida Por : EDITH GARCIA HERRERA
Especialidad : MATRONA

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	1229	527
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	3693	2584	1108
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	1339	575
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	2105	903
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	1536	659
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	283	122
		TOTAL GENERAL :	28343	14173	9916	4254

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

14-06-201

ARMADA DE CHILE
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**
 Número : **23303 (1907928)**
 Validez : Desde el 15/05/2017 al 14/06/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : ~~XX~~
 Parentesco : **CONYUGE**
 Repartición :
 Responsable : ~~XX~~
 Institución :
 NPI : ~~XXXXXXXXXXXX~~
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

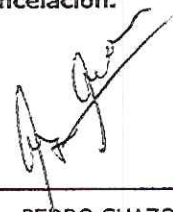
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	2588	0	2588
0009920002	1	EXAMENES	4826	2413	1689	724
TOTAL GENERAL :			10002	5001	1689	3312

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




PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD.

ARMADA DE CHILE

DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23117 (1898578)
Validez : Desde el 24/04/2017 al 24/05/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : ~~XX~~
Parentesco : SI MISMO
Repartición :
Responsable : ~~XX~~
Institución :
NPI : ~~XXXXXXXXXX~~
Pedida Por : EFRAIN MALDONADO VALENZUELA
Especialidad : MED. INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306038	1	R.P.R.	1827	1827	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000306007	1	COPROCULTIVO	2985	2985	0	0
TOTAL GENERAL :			5622	5622	0	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



PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 23212 (1903871)
Validez : Desde el 05/05/2017 al 04/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : ~~XX~~
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : ~~XX~~
Institución :
NPI : ~~XX~~
Pedida Por : DRA. CLAUDIA REYES
Especialidad : MEDICO

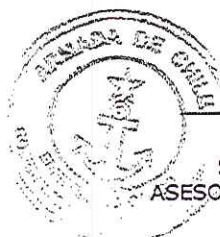
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101523	1	CONSULTA NEUROLOGO	17305	8653	0	8652
TOTAL GENERAL :			17305	8653	0	8652

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



PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD: