



**SERVICIO DE SALUD DE
TALCAHUANO HOSPITAL**

Giro: HOSPITAL Y CLINICAS
ALTO HORNO 777 - TALCAHUANO
eMail: VIVIANAC.MUNOZ@REDSALUD.GOV.CL
Telefono:

R.U.T.:61.607.202- 1

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº2309

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.L. - TALCAHUANO

Fecha Emision: 07 de Julio del 2017

25 JUL. 2017

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
11-00.000	D° PABELLON	1	15.420			15.420
PACIENTE 53211.99.000.0000 (4001) INGRESO 02-06-2017 ORDEN N° 95936 (1909648)						
						
Timbre Electrónico SII Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl						
IMPUESTO ADICIONAL						S 0
EXENTO						S 15.420
TOTAL						S 15.420

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		
TOTALS		15.420.-

53211.99.000.0000 (4001)
21522 11 950 0000.

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 : 95936 (190964S)
Validez : Desde el 17/05/2017 al 16/06/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

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

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : HIJOS
Repartición :
Responsable : \$\$\$\$\$\$
Institución :
NPI : \$\$\$\$\$\$
Pedida Por : DR. CRISTIAN GONZALEZ
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	15420	7710	7710	0
TOTAL GENERAL :			15420	7710	7710	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

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

Ficha Clínica: