



HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN
PRESTACIONES MEDICAS

San Martín 1436 - Concepción
Teléfono 41 272 2500 (Mesa Central)

ORIGINA DE PARTES

28 JUN. 2017

DEPTO. ASISTENCIA

R.U.T.: 61.602.189-3
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº 1428

S.I.L - CONCEPCIÓN

11 JUL. 2017

INFORME EPTHER

segulveco

Concepción,

27-Junio-2017

Señores : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Dirección : MICHIMALONGO S/N - BASE NAVAL
Giro : 0

Comuna : TALCAHUANO

R.U.T. : 61.102.025-2
Ciudad : TALCAHUANO
Guía de despacho :

Por lo siguiente:

SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN
HOSPITAL CL. REG. CONCEPCIÓN

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310101	DIA.CAMA		75.500
4310102	DERECHO PASELON		482.000
4310103	EXAMENES		38.500
4310105	MEDICAMENTOS		117.587
4310104	CONSULTA MEDICA		22.100
POR ATENCION MEDICA A PACIENTES BENEFICIARIOS VALOR CORRESPONDE A 01 ORDEN ADJUNTA PACTE:			

EGRESOS

Sum: SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS.
CODIGO LU.RP 2010

MONTO EXENTO S 735.787
MONTO TOTAL S 735.787

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
------	-------	-------

1		
---	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--



Timbre Electronico SII
Res. N° 50 de 2014 - Verifica documento: www.sii.cl

53211 99.00.0000 (900.)
21522. 11 990 0000

TOTALS 735.787

AutORIZADO CON ASIA N° 5700 del 26-07-2017

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

Box 1428.

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
 Número : 98028 (1941049)
 Validez : Desde el 27/07/2017 al 26/08/2017
 Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
Dirección : SAN MARTIN, CONCEPCION
Fono : 224280

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : HIJOS
Repartición :
Responsable :
Institución :
NPI :
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad : MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000202101	1	DIA CAMA HOSPITAL MEDICI.Y ESPEC. (SALA 3 CAMA	75500	37750	37750	0
0002104054	1	FRACTURA SUPRACONDILEA NIÑO: TRACCION ESQUELE	246700	123350	123350	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	114955	57478	57477	0
0009920006	1	EXTRAS Y/O DIFERENCIA NO BONIFICADA	2732	0	0	2732
0009920002	1	EXAMENES	49100	24550	24550	0
0000401064	1	APOYO FLUOROSCOPICO A PROCEDIMIENTOS	11500	5750	5750	0
0003002203	1	PABELLON 3	235300	117650	117650	0
		TOTAL GENERAL :	735787	366528	366527	2732

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.

Arma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO