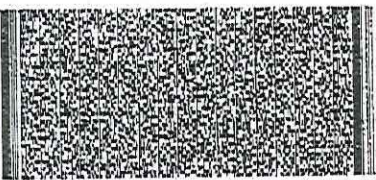


SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE HU Giro: SALUD 12 DE FEBRERO 233 - TUCAPEL eMail: GLADYS.GACITUA@SSBIO.GASTECIMIENTO Telefono:	R.U.T.: 61.607.305-2 FACTURA NO AFECTA O EXENTA ELECTRONICA Nº74
SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR R.U.T.: 61.102.025-2 GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO CONTACTO:	S.I.L - LOS ANGELES Fecha Emision: 18 de Julio del 2017

25 JUL. 2017
IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.	%Desc.	Valor
07-02.004.007.00	Atencion Amb. Particular Consulta medico	1	9.730			9.730
07-02.005.007.00	Medicamento Particular Segun detalle nomina adjunta Por cobro de prestaciones efectuadas a su beneficiario	1	8.521			8.521

Urgent de Atencion IV - 1220						
						
Timbre Electrónico SII						
Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl						

IMPUESTO ADICIONAL \$	0
EXENTO \$	18.251
TOTAL \$	18.251

EGRESOS		
CODIGO CURP 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CRENTE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
1		
TOTAL \$ 18.251.-		

53211 99.000.000 (900)
 21522 11 950 000

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 : 98098 (1942428)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607305-2 HOSPITAL ROBERTO MUÑOZ URRUTIA
Dirección : 12 DE FEBRERO Nº 233
Fono : (43)332550

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

Paciente : \$
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$
Institución :
Nº CUENTA : \$\$\$\$\$\$\$\$\$\$
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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9730	4865	0	4865
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	8521	4261	0	4260
TOTAL GENERAL :			18251	9125	0	9125

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: