



SERVICIO DE SALUD
TALCAHUANO HOSPITAL DE

Giro: HOSPITAL
MARIANO EGANA 1640 - TOME
eMail : WALDO.SOLAR@REDSALUD.GOV.CL
Telefono : 41 2725026

OFICINA DE PAGOS

24 JUL. 2017

DEPTO. ASISTECIMIENTO

R.U.T.:61.607.201-3

FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº574

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.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 19 de Julio del 2017

25 JUL. 2017

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Imppto Adic.*	%Desc.	Valor
07-02004004	Consulta Médica Electiva	2	12.480			24.960
ORDEN ATENCION MEDICA						
Paciente:						
Pagos:						
2017-08-19 \$ 24.960						
Timbre Electrónico SII						
Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl						
IMPUESTO ADICIONAL						\$ 0
EXENTO						\$ 24.960
TOTAL						\$ 24.960

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTALS 24.960.-

53211. 95.050.000 (950.)
21522. 11.950.000

Fol 574

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 : 98105 (1942437)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607201-3 HOSPITAL DE TOME
Dirección : EGAÑA Nº 1640 - COMUNA DE TOME
Fono : 2724950

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

Paciente : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Parentesco : HIJOS
Repartición :
Responsable :
Institución :
NPI :
Pedida Por : PAULINA PENARANDA PEDEMONTE
Especialidad: MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000901001	2	CONTROL PACIENTE PSIQUIATRICO CRONICO	24960	12480	0	12480
		TOTAL GENERAL :	24960	12480	0	12480

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: