



**HOSPITAL CLINICO
HERMINDA MARTIN**
HOSPITAL
FRANCISCO RAMIREZ 10, CHILLAN

R.U.T.: 61.607.001-0
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N° 2206

25 JUL. 2017

S.I.I. - CHILLAN

R.U.T. : 61.102.025-2
Señor(es) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Giro : HOSPITALES Y CLINICAS
Dirección : MICHIMALONGO S-N LAS CANCHAS, TALCAHUANO

Jueves 20 de julio del 2017

Código	Item	Cant.	P. unitario	Total item
431-01 - 03-04	EXAMENES	1	237.060	237.060
431-01 - 04-04	ATENCION AMBULATORIA	1	171.500	171.500
431-01 - 05-04	VENTA MEDICAMENTOS	1	7.492	7.492
431-01-07	TRASLADOS AMBULANCIA FACTURACION A BENEFICIARIO DE LA ARMADA SEGÚN NOMINA POR ATENCIONES DE URGENCIA. DETALLE ANEXOS.-	1	219.000	219.000

EGRESOS

Exento \$: 635.052
Total \$: 635.052

CODIGO: [Barcode]

Nº CHE: [Barcode]

Fecha: [Barcode]

Tipo Fo: [Barcode]

ITEM: [Barcode]

Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014
Verifique documento: www.sii.cl

TOTAL \$ 635.052.-

5324 91.000.000 (Gro.)
21522 11.800.000

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 : 98128 (1942605)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$\$\$\$\$\$
Institución :
NPI : \$\$\$\$\$\$
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	12250	0	12250
		TOTAL GENERAL :	24500	12250	0	12250

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:

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 : 98127 (1942603)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Institución : ~~XXXXXXXXXXXX~~
N° CUENTA : ~~XXXXXXXXXX~~
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	18375	0	6125
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	132	99	0	33
TOTAL GENERAL :			24632	18474	0	6158

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
SUSDIRECTOR 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:

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 : 98133 (1942614)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : \$
Parentesco : HIJOS
Repartición :
Responsable : \$
Institución :
NPI : \$\$\$\$\$\$
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	12250	0	12250
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	2334	1167	0	1167
		TOTAL GENERAL :	26834	13417	0	13417

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:

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 : 98132 (1942611)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$\$\$\$\$\$
Institución :
N° 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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	12250	0	12250
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	3816	1908	0	1908
TOTAL GENERAL :			28316	14158	0	14158

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:

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 : 98130 (1942607)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : \$
Parentesco : SI MISMO
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	18375	0	6125
0002401061	1	TRASLADO Y/O RESCATE SIMPLE	52000	46500	0	15500
0009920002	1	EXAMENES	110796	83097	0	27699
TOTAL GENERAL :			197296	147972	0	49324

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:

Ficha Clínica:

31/7/2017

Imprimir Carta Orden

Fol 2206

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 : 98134 (1942617)
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : \$
Parentesco : SI MISMO
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	18375	0	6125
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	634	476	0	158
TOTAL GENERAL :			25134	18851	0	6283

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:

IIa. ZONE NAVAL

U D R H M C A M Z

(Autorización de Atención)

NRC.

101573900

FECHA. 31-07-2017

Dirección : FCO. RAMIREZ S/N CHILLAN

Page:

Nombre Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

R. U. N. : ~~SSSSSSSSSSSSSS~~

Nombre Respons. : 10

R. U. N. :

Institución : 200 Parentesco : SI MISMO

N.D.I. : ~~XXXXXXXXXX~~

Factura Nro. : 2206 Fecha 20/07/17 Monto (\$) : 328.340,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole

Servicios de : CONSULTA DE URGENCIA TRASLADO Y EXAMENES

Adicionales

Debtors' Exemption

Solicitado por médico Dr.: EXTERNO . PROFESIONA Especialidad : MEDICINA GEN

NOTA : Interconsulta válida sólo para la cobertura de gastos de urgencia y hospitalización, hasta que el paciente antes individualizado pueda ser trasladado a Hospital Naval (T). NO VALIDA PARA COBERTURA DE EXTRAS.

Factoran a HOSPITAL NAVAL "ALMTE. ADRIAZOLA", R. U. T. 61.102.025-2

ad iunctando :

1. ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
2. ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
3. INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
4. DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS, Y/O MEDICAMENTOS
5. EN CASO HOSPITALIZ., ADJUNTAR COPIA HIST. CLINICA PCTE.

Esta Orden de Atención tiene una VALIDEZ DE 30 DIAS para su cobro.

"Considerase aceptada la Factura o Boleta en cobre, si desde su recepción física y en un plazo no superior a 30 días no nos hemos pronunciado al respecto."

ENVIAR LA DOCUMENTACION A :

Hospital Naval, Michimalongo s/n, Base Naval, TALCAHUANO.

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBCOMANDO EN JEFE: