

**ANA GEMMATO DE TEDESCO
SERVICIOS MEDICOS EMPRESA
INDIVIDUAL DE RESPON**

Giro: SERVICIOS MEDICOS

SALAS 53 507- CONCEPCION

eMail : AMGEMMATO@HOTMAIL.COM Telefono :

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:76.459.089- 9

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº584

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 16 de Noviembre del 2017

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR

R.U.T.: 61.102.025- 2

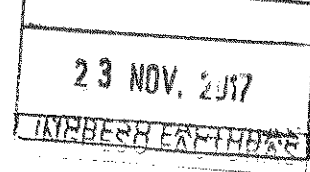
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS

DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO

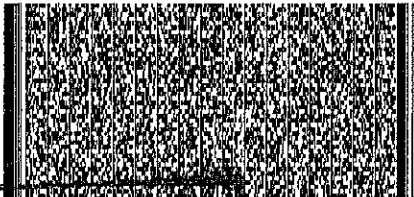
CONTACTO:

TIPO DE
COMPRA: DEL GIRO



Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
- CO 95951		1	20.304			20.304
- CO 98265		1	20.304			20.304
- CO 99009		1	20.304			20.304
- CO 99041		1	20.304			20.304
- CO 99040		1	20.304			20.304
- CO 99332		1	20.304			20.304
- CO 99568		1	20.304			20.304
- CO 99567		1	20.304			20.304

Forma de Pago: Crédito



IMPUESTO ADICIONAL \$ 0

EXENTO \$ 162.432

TOTAL \$ 162.432

EGRESOS

Timbre Electronico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

CODIGO CURP 7010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipos Fondos

ITEM TAREA MONTO

1

TOTAL \$ 162.432-

53211.98 060 8880 (9101)
2122 11 990 8060

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95951 (1910045)
Validez : Desde el 18/05/2017 al 17/06/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : SALAS N° 53
Fono : CEL 88044019

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSTONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad : MEDICINA INTERNA


Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101009	1	CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO	20304	10152	10152	0
TOTAL GENERAL :			20304	10152	10152	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

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 : **98265 (1946452)**
Validez : Desde el 08/08/2017 al 07/09/2017
Tipo : **HOSPITALIZADA**

A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : **SALAS N° 53**
Fono : **CEL 88044019**

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

Paciente : **[REDACTED]**
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : **[REDACTED]**
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
N° CUENTA : **[REDACTED]**
Pedida Por : **VIVIANA LUZ CASTAÑÓN ROMÁN**
Especialidad : **MED. GENERAL**

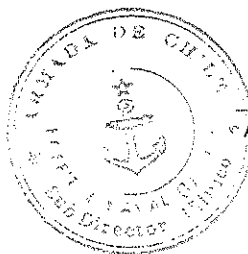
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	1	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	20304	15228	5076	0
TOTAL GENERAL :			20304	15228	5076	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

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN****Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 99009 (1959536)
Validez : Desde el 07/09/2017 al 07/10/2017
Tipo : HOSPITALIZADA**A** : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : SALAS N° 53
Fono : CEL 88044019

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

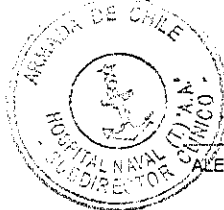
Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSTONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : CARMEN BRUNA LUNA
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	1	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	20304	15228	5076	0
TOTAL GENERAL :			20304	15228	5076	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
BeneficiarioALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICOEstimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

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 : 99041 (1960781)
Validez : Desde el 12/09/2017 al 12/10/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : SALAS N° 53
Fono : CEL 88044019

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : VIVIANA LUZ CASTAÑÓN ROMÁN
Especialidad : MED. GENERAL

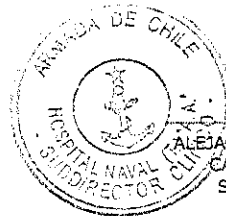
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	1	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	20304	15228	5076	0
TOTAL GENERAL :			20304	15228	5076	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

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 : 99040 (1960779)
Validez : Desde el 12/09/2017 al 12/10/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : SALAS N° 53
Fono : CEL 88044019

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : PATRICIA GARCIA GONZALEZ
Especialidad : INTERNISTA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	1	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	20304	15228	5076	0
TOTAL GENERAL :			20304	15228	5076	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

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 : 99332 (1967362)
Validez : Desde el 28/09/2017 al 28/10/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : SALAS N° 53
Fono : CEL 88044019

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : DRA CLAUDIA UNDA
Especialidad : M FAMILIAR

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	1	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	20304	15228	5076	0
TOTAL GENERAL :			20304	15228	5076	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

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 : 99568 (1973241)
Validez : Desde el 12/10/2017 al 11/11/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : SALAS N° 53
Fono : CEL 88044019

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : VIVIANA LUZ CASTAÑÓN ROMÁN
Especialidad : MED. GENERAL

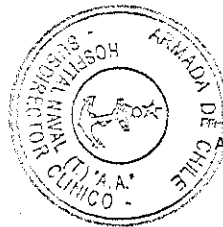
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101009	1	CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO	20304	15228	5076	0
TOTAL GENERAL :			20304	15228	5076	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 BRESCHKE
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

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 : 99567 (1973187)
Validez : Desde el 12/10/2017 al 11/11/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 21487484-9 DRA. ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Dirección : SALAS N° 53
Fono : CEL 88044019

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : [REDACTED]
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : NELSON MUÑOZ FLORES
Especialidad : BRONCOPULMONAR

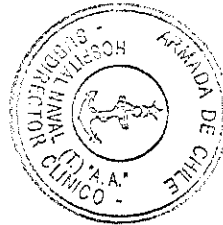
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	1	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	20304	10152	10152	0
TOTAL GENERAL :			20304	10152	10152	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