

SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO HOSPITAL

Giro: HOSPITAL Y CLINICAS
 ALTO HORNO 777- TALCAHUANO
 eMail : VIVIANAC.MUNOZ@REDSALUD.GOV.CL
 Telefono :

R.U.T.:61.607.202- 1
FACTURA NO AFECTA O EXENTA ELECTRONICA
 N°3084

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

S.I.I. - TALCAHUANO

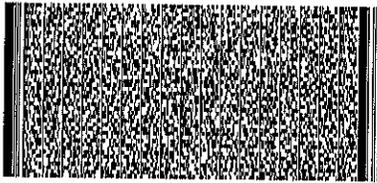
SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
 R.U.T.: 61.102.025- 2
 GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS
 DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
 COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO
 CONTACTO:
 TIPO DE COMPRA: DEL GIRO

Fecha Emision: 09 de Noviembre del 2017

17 NOV. 2017
 INGRESO FACTURAS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
01-00.000	CONSULTA MEDICA	1	273.870			273.870
03-00.000	EX. LABORATORIO	1	389.470			389.470
04-00.000	EX. IMAGENOLOGIA	1	33.940			33.940
11-00.000	D° PABELLON	1	58.190			58.190
-	MEDICAMENTOS E INSUMOS	1	1.900.619			1.900.619
PRESTACIONES OTORGADAS A BENEFICIARIOS DE SISAN						

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL \$	0
EXENTO \$	2.656.089
TOTAL \$	2.656.089

EGRESOS

CODIGO LU.RR 2010 *Lu. RR*

N° CHEQUE *53211*

Fecha CHEQUE *99.050.8880*

Tipo Fondos *(9101)*

ITEM	TAREA	MONTO
<i>11</i>		
TOTAL \$		<i>2.656.089.-</i>

53211. 99.050.8880 (9101)
21522-11 990 8880

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 : 97756 (1937632)
Validez : Desde el 19/07/2017 al 18/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : [REDACTED]
Repartición : COMANDANCIA EN JEFE DE LA SEGUNDA ZONA NAVAL
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : JORGE ALVAREZ LAGOS
Especialidad : NEONATOLOGIA CNS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001601112	11	FOTOTERAPIA UVB, UVA LOCALIZADA, POR SESION	58190	29095	14547	14548
TOTAL GENERAL :			58190	29095	14547	14548

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: [REDACTED]
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 : 85900 (1772534)
Validez : Desde el 07/06/2016 al 07/07/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : PAMELA ACOSTA VASQUEZ
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	74785	56089	0	18696
0000101326	2	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA ADULTO	27960	20970	0	6990
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	13570	10178	0	3392
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	1024204	768153	0	256051
TOTAL GENERAL :			1140519	855390	0	285129

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.

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 : 97704 (1935652)
Validez : Desde el 14/07/2017 al 13/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : WILLIMAS NEILSON
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101326	3	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA ADULTO	41940	20970	0	20970
0009920002	1	EXAMENES	91810	45905	0	45905
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	91476	45738	0	45738
TOTAL GENERAL :			225226	112613	0	112613

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 : 90833 (1840890)
Validez : Desde el 21/11/2016 al 21/12/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE TALCAHUANO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : PAMELA ACOSTA VASQUEZ
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101311	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD UROLOGIA	16260	16260	0	0
0009920002	1	EXAMENES	48310	48310	0	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	47059	47059	0	0
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	15800	15800	0	0
TOTAL GENERAL :			127429	127429	0	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.

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 : 94480 (1889298)
Validez : Desde el 31/03/2017 al 30/04/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : PAMELA ACOSTA VASQUEZ
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101311	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD UROLOGIA	16260	8130	0	8130
0000101326	1	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA ADULTO	13980	6990	0	6990
TOTAL GENERAL :			30240	15120	0	15120

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 : 98279 (1946859)
Validez : Desde el 09/08/2017 al 08/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE TALCAHUANO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : PAMELA ACOSTA VASQUEZ
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	1727	1727	0	0
TOTAL GENERAL :			1727	1727	0	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

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

[REDACTED]

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 : 98786 (1955200)
Validez : Desde el 29/08/2017 al 28/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE TALCAHUANO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : PAMELA ACOSTA VASQUEZ
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	1727	1727	0	0
TOTAL GENERAL :			1727	1727	0	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

Paciente:
 Hipótesis Diagnóstico

[REDACTED]

Ficha Clínica:

Armada de Chile
Dirección de Sanidad

CARTA ORDEN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 100700 (1994713)
Validez : Desde el 29/11/2017 al 29/12/2017
Tipo : AMBULATORIA

A HOSPITAL HIGUERAS
Dirección: ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco :
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : 008 CARABINEROS
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRA
Especialidad : MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	5460
TOTAL GENERAL :			5460

Nota : 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.


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 : **95100 (1898863)**
Validez : Desde el 25/04/2017 al 25/05/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
Fono :

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**
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : **WILLIMAS NEILSON**
Especialidad: **MEDICINA GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101326	1	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA ADULTO	13980	10485	0	3495
0009920002	1	EXAMENES	18420	13815	0	4605
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	234294	175721	0	58573
TOTAL GENERAL :			266694	200021	0	66673

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 : **98290 (1947034)**
Validez : Desde el 10/08/2017 al 09/09/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
Fono :

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**
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : **WILLIMAS NEILSON**
Especialidad: **MEDICINA GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	13320	9990	0	3330
0000101207	1	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGIA ADULTO	16260	12195	0	4065
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	71607	53706	0	17901
TOTAL GENERAL :			101187	75891	0	25296

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 : **96291 (1915348)**
Validez : Desde el 31/05/2017 al 30/06/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
Fono :

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 : WILLIMAS NEILSON
Especialidad: MEDICINA GENERAL

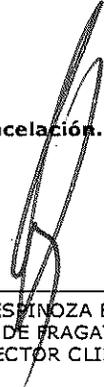
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	13100	9825	0	3275
TOTAL GENERAL :			13100	9825	0	3275

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

10841905-9 CLAUDIO FERNANDO VILLARROEL URZUA

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 : **95959 (1910154)**
 Validez : Desde el 18/05/2017 al 17/06/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
 Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **HIJOS**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
 Nº CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : **WILLIMAS NEILSON**
 Especialidad : **MEDICINA GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	60990	30495	0	30495
0009920002	1	EXAMENES	26770	13385	0	13385
0000101326	1	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA ADULTO	13980	6990	0	6990
TOTAL GENERAL :			101740	50870	0	50870

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 : **98938 (1958122)**
Validez : Desde el 05/09/2017 al 05/10/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
Fono :

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

Paciente : 
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable: 
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
N° CUENTA : 
Pedida Por : **WILLIMAS NEILSON**
Especialidad: **MEDICINA GENERAL**

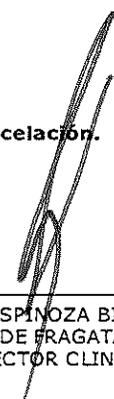
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	48195	24098	0	24097
0000101326	1	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA ADULTO	13980	6990	0	6990
0009920002	1	EXAMENES	26770	13385	0	13385
TOTAL GENERAL :			88945	44473	0	44472

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 : **95944 (1909916)**
Validez : Desde el 18/05/2017 al 17/06/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
Fono :

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**
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : **WILLIMAS NEILSON**
Especialidad : **MEDICINA GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	240546	180410	0	60136
0000101326	3	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGIA ADULTO	41940	31455	0	10485
0009920002	1	EXAMENES	53750	40313	0	13437
TOTAL GENERAL :			336236	252178	0	84058

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 : **97318 (1929819)**
 Validez : Desde el 03/07/2017 al 02/08/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
 Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **CONYUGE**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
 N° CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : **WILLIMAS NEILSON**
 Especialidad : **MEDICINA GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	4880	2440	0	2440
TOTAL GENERAL :			4880	2440	0	2440

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 ESTINOZA 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

[REDACTED]

Ficha Clínica: