



**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24196 (1954683)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	11237	11237	0	0
0009920002	1	EXAMENES	25014	25014	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			51236	51236	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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24167 (1954046)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : HOSPITALIZADA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

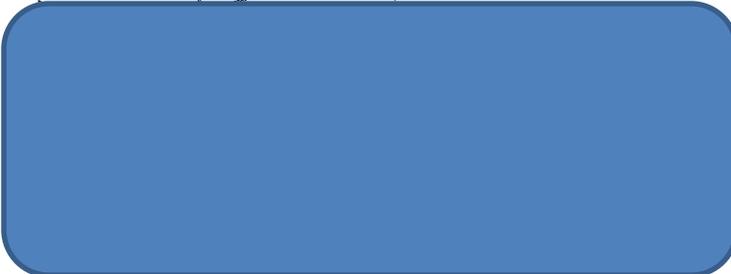
**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANÍA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

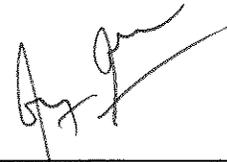
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000200001	1	HOSPITALIZACIÓN	57147	57147	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			57147	57147	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.



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24216 (1955119)  
**Validez** : Desde el 29/08/2017 al 28/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : LSG 1610 CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	1473	0	0	1473
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
<b>TOTAL GENERAL :</b>			16458	7493	0	8965

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



*[Handwritten Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24205 (1954703)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	1364	0	0	1364
<b>TOTAL GENERAL :</b>			16349	14985	0	1364

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.

  
  
  
  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24203 (1954695)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO PUERTO NATALES  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

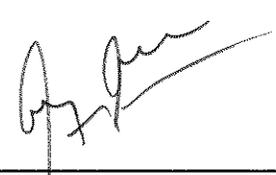
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	290	0	0	290
<b>TOTAL GENERAL :</b>			15275	7493	0	7782

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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24202 (1954694)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO PUERTO NATALES  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	190	0	0	190
<b>TOTAL GENERAL :</b>			15175	7493	0	7682

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



\_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24188 (1954647)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**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  
**N° CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001301502	1	LAVADO DE OIDOS	9492	7119	0	2373
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9983	7488	0	2495
<b>TOTAL GENERAL :</b>			19475	14607	0	4868

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



*[Handwritten signature]*

\_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24211 (1955004)  
**Validez** : Desde el 29/08/2017 al 28/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : PENSIÓNADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	343	0	0	343
0002201512	1	CONSULTA ENFERMERA	9983	4992	0	4991
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10326	4992	0	5334

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.

[REDACTED]



*[Signature]*  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24198 (1954688)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

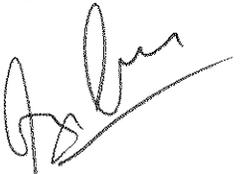
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	11237	11237	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26222	26222	0	0

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 - RÚN  
 Beneficiario





PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD:

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24186 (1954634)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

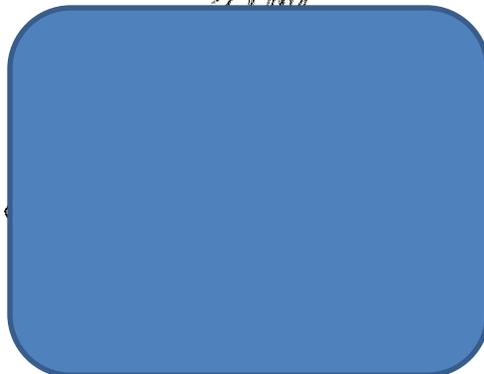
**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	14985	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.



PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24187 (1954642)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXX  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : XXXXXXXXXX  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	11239	0	3746
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	11239	0	3746

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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24189 (1954650)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

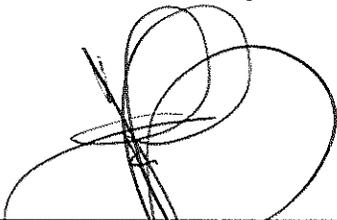
**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

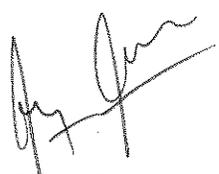
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	7493	0	7492

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 - RUT  




  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24190 (1954652)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

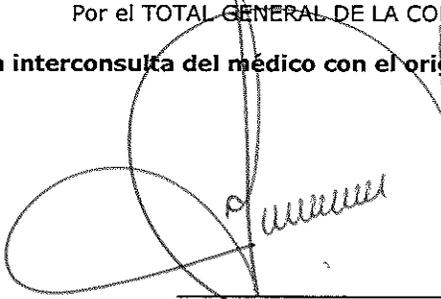
**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

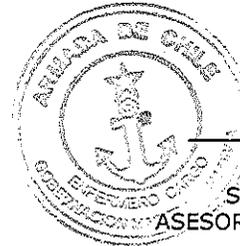
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	14985	0	0

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





PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24191 (1954656)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** :   
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

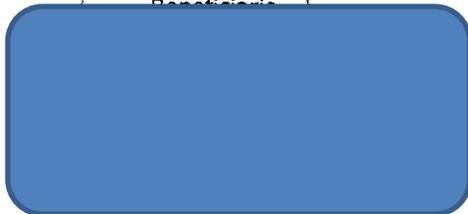
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	11239	0	3746
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	11239	0	3746

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





PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24192 (1954660)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

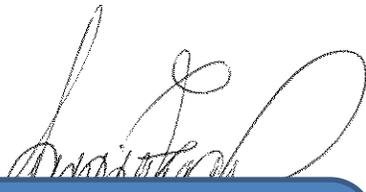
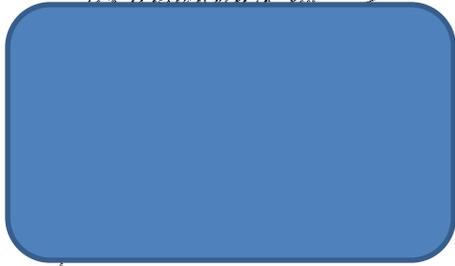
**Paciente** :   
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** :   
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	7493	0	7492

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.





PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24193 (1954663)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

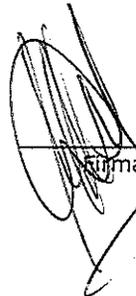
**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

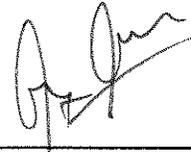
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	7493	0	7492

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.

  
 [REDACTED]  
 Firma - Nombre - RUN  
 Beneficiario





PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

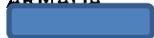
**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24194 (1954667)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :   
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	7493	0	7492

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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24195 (1954669)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

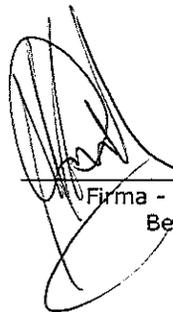
**Paciente** : [Redacted]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [Redacted]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [Redacted]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	7493	0	7492

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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24199 (1954690)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

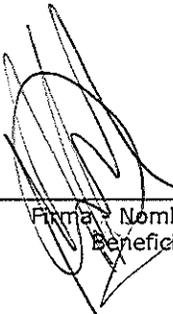
**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14985	14985	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.

  
 [REDACTED]  
 Firma - Nombre - RUN  
 Beneficiario



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24212 (1955014)  
**Validez** : Desde el 29/08/2017 al 28/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0002201512	1	CONSULTA ENFERMERA	9983	4992	0	4991
<b>TOTAL GENERAL :</b>			9983	4992	0	4991

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  
 [REDACTED]

 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD:

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
 Número : 24185 (1954616)  
 Validez : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente :   
 Parentesco : HIJOS  
 Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
 Responsable :   
 Institución : ARMADA  
 NPI :   
 Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
 Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	9983	4992	0	4991
<b>TOTAL GENERAL :</b>			9983	4992	0	4991

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.




  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24197 (1954685)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

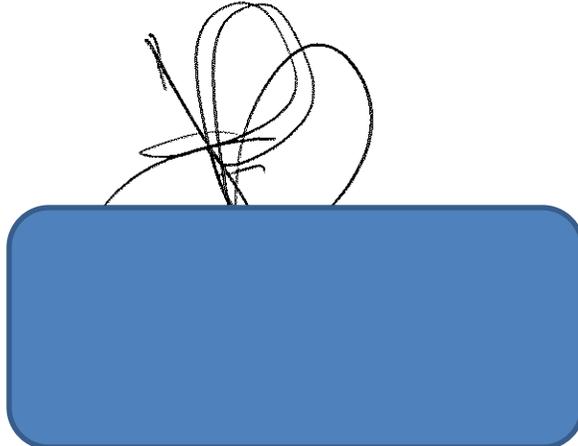
**Paciente** :   
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** :   
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9983	4992	0	4991
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	9983	4992	0	4991

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.



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24200 (1954691)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

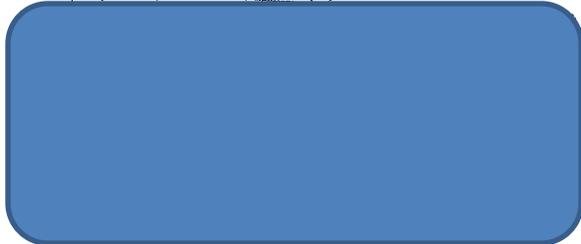
**Paciente** :   
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** :   
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9983	4992	0	4991
<b>TOTAL GENERAL :</b>			9983	4992	0	4991

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.



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

1331

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24201 (1954693)  
**Validez** : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9983	9983	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			9983	9983	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.

[REDACTED]  
 Firma - Nombre - RUN  
 Beneficiario



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI