



**CENTRO CLINICO MILITAR  
VALDIVIA**

Giro: CENTRO CLINICO MILITAR  
OROSTEGUI 1650- VALDIVIA  
eMail : AGALLARDO@CCMVALDIVIA.CL Telefono :  
247300  
TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:65.273.020- 5

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

**N°1696**

S.I.I. - VALDIVIA

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

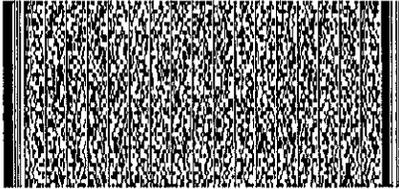
Fecha Emision: 30 de Octubre del 2017

21 DIC. 2017

~~IMPUESTO ELECTRONICO~~

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
-	MEDICINA CCMV POR ATENCIONES REALIZADAS A BENEFICIARIOS DE ESTA INSTITUCION EN OCTUBRE 2017	1	851.423			851.423

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	851.423
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>851.423</b>

**EGRESOS**

CÓDIGO CU.RR 2910

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

59211.99.020.0000 (SRO.)  
21522.11.910.0020

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 851.423 -

**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** : 24473 (1968131)  
**Validez** : Desde el 01/10/2017 al 31/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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** : DRA. PAOLA JARA A.  
**Especialidad** : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	1229	527
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	1339	575
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	1652	1156	495
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	2628	1314	919	395
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	522	224
0000309013	1	MICROALBUMINURIA	2189	1095	766	328
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	2105	903
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	1536	659
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	262	112
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	283	122
0009920002	1	EXAMENES	3443	1722	1205	516
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	1914	1339	575
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>38591</b>	<b>19299</b>	<b>13501</b>	<b>5791</b>

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.



*[Signature]*  
 Pedro Suazo Loyola  
 S 2º (Enf. T.A.C. Pb.)  
 ENFERMERO DE CARGO

20-11-2017

**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** : 24421 (1965270)  
**Validez** : Desde el 25/09/2017 al 25/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : 10478146-2 VICTOR HUGO GONZALEZ ILLANES  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** :  
**Responsable** : 10478146-2 VICTOR HUGO GONZALEZ ILLANES  
**Institución** : ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 22130851000  
**Pedida Por** : NICOLE CAREY PETERS  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404003	1	ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO. VIA	17318	12989	0	4329
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17318	12989	0	4329

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** : 24572 (1973155)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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  
**Nº CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.  
**Especialidad** : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	6453	0	2151
<b>TOTAL GENERAL :</b>			8604	6453	0	2151

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 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** : 24571 (1973154)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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** : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.  
**Especialidad** : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1801	0	600
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	4513	0	1504
0000302032	3	ELECTROLITOS	2952	2214	0	738
0000302042	1	FOSFORO	1082	812	0	270
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	562	0	187
0000305031	1	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS NEFELOMETRICAS Y/O	4219	3165	0	1054
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1120	0	373
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	651	0	216
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	2871	0	957
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000302005	1	ACIDO URICO EN SANGRE	1359	1020	0	339
0000302015	1	CALCIO EN SUERO	898	674	0	224
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	783	0	260
0009920002	1	EXAMENES	1261	946	0	315
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>36881</b>	<b>27667</b>	<b>0</b>	<b>9214</b>

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.



*[Handwritten Signature]*  
 Pedro Suazo Loyola  
 S 2° (Enf. T.A.C. Pb.)  
 ENFERMERO DE CARGO

20-11-201

**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** : 24614 (1974818)  
**Validez** : Desde el 16/10/2017 al 15/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**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	7914	/ 3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/ 3957	0	3957

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 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** : 24580 (1973628)  
**Validez** : Desde el 12/10/2017 al 11/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. PAOLA JARA A.  
**Especialidad** : MED. CIRUJANO

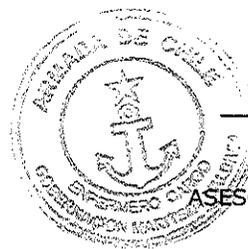
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

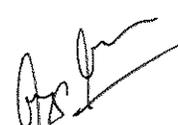
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7340	7340	0	0

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** : 24505 (1969797)  
**Validez** : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 3957	0	3957
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	/ 3957	0	3957

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.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** : 24504 (1969737)  
**Validez** : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VILLARRICA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. KATIA CISTERNA DE LA BARRERA  
**Especialidad** : PSICOLOGA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000902002	1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45 MIN. PROC.TERAPEUTICO).	6908	3454	1727	1727
<b>TOTAL GENERAL :</b>			6908	3454	1727	1727

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** : 24540 (1971500)  
**Validez** : Desde el 06/10/2017 al 05/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

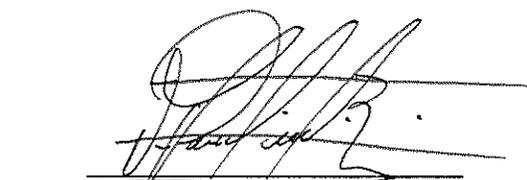
**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/	5936	0 1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/	5936	0 1978

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.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** : 24588 (1974104)  
**Validez** : Desde el 13/10/2017 al 12/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VILLARRICA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. KATIA CISTERNA DE LA BARRERA  
**Especialidad** : PSICOLOGA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000902002	1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45 MIN. PROC.TERAPEUTICO).	6908	3454	1727	1727
<b>TOTAL GENERAL :</b>			6908	3454	1727	1727

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

[REDACTED]



[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 : **24482 (1969124)**  
Validez : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **CONYUGE**  
Repartición : **LSG 1610 CORRAL**  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : **ARMADA**  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**  
Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404003	1	ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO. VIA	17318	8659	6061	2598
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17318	8659	6061	2598

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.VALD

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARÍTIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **24499 (1969557)**  
 Validez : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **ARMADA**  
 NPI : [REDACTED]  
 Pedida Por : **JAVIERA MALDONADO**  
 Especialidad : **FONOAUDIOLOGÍA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001303005	1	REHABILITACION DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MA	2468	1234	617	617
<b>TOTAL GENERAL :</b>			2468	1234	617	617

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 MARÍTIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24464 (1966555)  
**Validez** : Desde el 27/09/2017 al 27/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : JAVIERA MALDONADO  
**Especialidad** : FONOAUDILOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001303005	1	REHABILITACION DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MA	2468	1234	617	617
<b>TOTAL GENERAL :</b>			2468	1234	617	617

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.VALD:

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARÍTIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24564 (1972871)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : JAVIERA MALDONADO  
**Especialidad** : FONOAUDILOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001303005	1	REHABILITACION DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MA	2468	1234	617	617
<b>TOTAL GENERAL :</b>			2468	1234	617	617

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 MARÍTIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24740 (1979205)  
**Validez** : Desde el 24/10/2017 al 23/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : JAVIERA MALDONADO  
**Especialidad** : FONOAUDILOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001303005	1	REHABILITACION DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MA	2468	1234	617	617
<b>TOTAL GENERAL :</b>			2468	1234	617	617

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 MÀRITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **24545 (1971696)**  
 Validez : Desde el 10/10/2017 al 09/11/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : XX  
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
 N° CUENTA : XXXXXXXXXXXX  
 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
0000303029	1	17 OH PROGESTERONA	4580	2290	0	2290
0009920002	1	EXAMENES	1211	606	0	605
0000303022	1	TESTOSTERONA TOTAL	3543	1772	0	1771
0000303008	1	DHEA-SO4	4580	2290	0	2290
0000307012	1	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS	891	446	0	445
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14805	7404	0	7401

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** : 24557 (1972514)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : MARÍA PEREZ G.  
**Especialidad** : MED. CIRUJANO

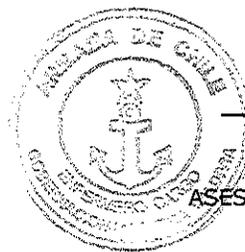
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000305028	1	INMUNOGLOBULINA E TOTAL IGE	3528	1764	1234	530
0000305027	3	INMUNOGLOBULINA IGA, IGG, IGM	9093	4547	3182	1364
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	283	122
<b>TOTAL GENERAL :</b>			15832	7917	5539	2376

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



*[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** : 24679 (1976271)  
**Validez** : Desde el 18/10/2017 al 17/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

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

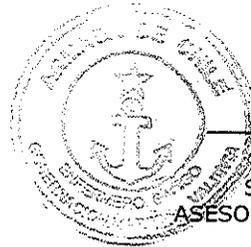
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	/ 2588	0	2588
<b>TOTAL GENERAL :</b>			5176	/ 2588	0	2588

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 MARÍTIMA DE VALDIVIA  
 Número : 24707 (1978199)  
 Validez : Desde el 23/10/2017 al 22/11/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente :   
 Parentesco : CONYUGE  
 Repartición : LSG 1610 CORRAL  
 Responsable :   
 Institución : ARMADA  
 NPI :   
 Pedida Por : LUISA HERRERA FUENTES  
 Especialidad : MED. GINECOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

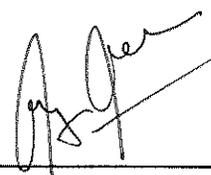
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101525	1	CONSULTA GASTROENTEROLOGO	20689	10345	0	10344
<b>TOTAL GENERAL :</b>			20689	10345	0	10344

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.VALDÍ

**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** : 24508 (1969954)  
**Validez** : Desde el 04/10/2017 al 03/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	/ 2588	0	2588
<b>TOTAL GENERAL :</b>			5176	2588	0	2588

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** : 24646 (1975284)  
**Validez** : Desde el 17/10/2017 al 16/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**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	7914	/ 7914	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/ 7914	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.



*[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** : 24699 (1977943)  
**Validez** : Desde el 23/10/2017 al 22/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**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	7914	3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	3957	0	3957

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** : 24506 (1969920)  
**Validez** : Desde el 04/10/2017 al 03/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**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	7914	3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	3957	0	3957

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.



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

*9 2017*

**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** : 24028 (1945807)  
**Validez** : Desde el 07/08/2017 al 06/09/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [Redacted]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [Redacted]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [Redacted]  
**Pedida Por** : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.  
**Especialidad** : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

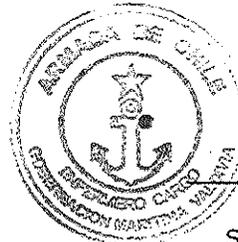
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101525	1	CONSULTA GASTROENTEROLOGO	20689	20689	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			20689	20689	0	0

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 Signature Area]

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** : 24599 (1974629)  
**Validez** : Desde el 16/10/2017 al 15/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. CARMEN FUENTES  
**Especialidad** : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	8604	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			8604	8604	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 : **24560 (1972637)**  
 Validez : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **SI MISMO**  
 Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **ARMADA**  
 NPI : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

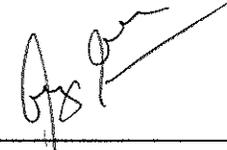
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 7914	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/ 7914	0	0

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** : 24524 (1971058)  
**Validez** : Desde el 05/10/2017 al 04/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. SORAYA MORAGA C.  
**Especialidad** : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	8604	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			8604	8604	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



*[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 : **24752 (1980503)**  
 Validez : Desde el 26/10/2017 al 25/11/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

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

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

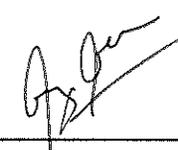
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	5176	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			5176	5176	0	0

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.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** : 24565 (1972873)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	5176	0	0
0000801001	1	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE (PAP)	4826	4826	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10002	10002	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



*[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** : 24533 (1971279)  
**Validez** : Desde el 06/10/2017 al 05/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. CARMEN FUENTES  
**Especialidad** : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	522	224
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	2628	1314	919	395
<b>TOTAL GENERAL :</b>			4121	2061	1441	619

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

4/10

**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 : 24741 (1979281)  
 Validez : Desde el 24/10/2017 al 23/11/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente :   
 Parentesco : SI MISMO  
 Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
 Responsable :   
 Institución : ARMADA  
 NPI :   
 Pedida Por : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.  
 Especialidad : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101523	1	CONSULTA NEUROLOGO	17305	17305	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17305	17305	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

5/10

**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** : 24742 (1980095)  
**Validez** : Desde el 25/10/2017 al 24/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

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

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

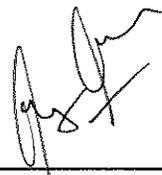
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000104035	1	EXTRACCION DE PUNTOS	3027	3027	0	0
0009920002	1	EXAMENES	55	55	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			3082	3082	0	0

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** : 24496 (1969350)  
**Validez** : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	5176	0	0
0000801001	1	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE (PAP)	4826	4826	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10002	10002	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



*[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** : 24452 (1965681)  
**Validez** : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

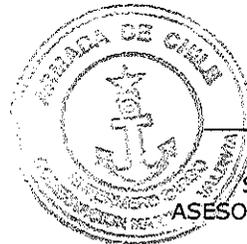
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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** : 24453 (1965717)  
**Validez** : Desde el 26/09/2017 al 26/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

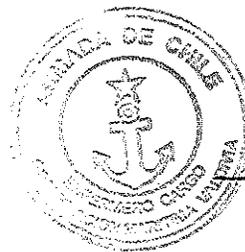
**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	7385	0	0
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	749	0	0
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	867	0	0
0000302026	1	CREATINQUINASA CK-TOTAL	2399	2399	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000302065	1	VITAMINAS A, B, C, D, E, ETC., C/U.	1211	1211	0	0
0009920002	1	EXAMENES	389	389	0	0
0000301087	1	VITAMINA B12, ABSORCION DE (CO 57 O SIMIL.)	8696	8696	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>36637</b>	<b>36637</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

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.



*[Signature]*  
 PEDRO SUAZO LOYOLA

**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** : 24640 (1975200)  
**Validez** : Desde el 16/10/2017 al 15/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**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
0000801001	1	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE (PAP)	4826	4826	0	0
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	5176	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10002	10002	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



*[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** : 24536 (1971347)  
**Validez** : Desde el 06/10/2017 al 05/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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** : 24700 (1977954)  
**Validez** : Desde el 23/10/2017 al 22/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

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

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

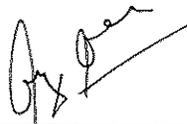
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	77	77	0	0
0000102002	1	AFRONTAMIENTO (URGENCIA)	4248	4248	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			4325	4325	0	0

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** : 24689 (1977306)  
**Validez** : Desde el 20/10/2017 al 19/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**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
0000102002	1	AFRONTAMIENTO (URGENCIA)	4248	4248	0	0
0009920002	1	EXAMENES	77	77	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			4325	4325	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



[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** : 24495 (1969348)  
**Validez** : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :   
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**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	7914	/ 7914	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/ 7914	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.VALD.

6/10

**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 : 24613 (1974813)  
 Validez : Desde el 16/10/2017 al 15/11/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

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

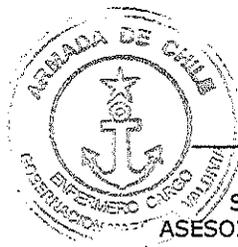
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/ 3957	0	3957

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** : 24611 (1974809)  
**Validez** : Desde el 16/10/2017 al 15/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**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	7914	/ 3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/ 3957	0	3957

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** : 24519 (1970651)  
**Validez** : Desde el 05/10/2017 al 04/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**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  
**N° CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DR. JORGE NUÑEZ LANGE  
**Especialidad** : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	522	0	521
0000302040	1	FOSFATAS ALCALINAS	898	449	0	449
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	0	374
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	1652	0	1651
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000302013	1	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	940	470	0	470
0000302032	1	ELECTROLITOS	984	492	0	492
0000302045	1	GAMA-GLUTAMILTRANSFERASA	1388	694	0	694
0000305031	1	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS NEFELOMETRICAS Y/O	4219	2110	0	2109
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	0	1914
0000302063	2	TRANSAMINASAS (OXALA	2478	1239	0	1239
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000301087	1	VITAMINA B12, ABSORCIÓN DE (CO 57 O SIMIL.)	8696	4348	0	4348
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	2628	1314	0	1314
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
0009920002	1	EXAMENES	2338	1169	0	1169
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>41708</b>	<b>20857</b>	<b>0</b>	<b>20851</b>

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2  
 Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO**



*[Signature]*  
**Pedro Suazo Loyola**  
 S 2° (Enf. T.A.C. Po.)  
 ENFERMERO DE CARGO  
 20-11-201

**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** : 24594 (1974265)  
**Validez** : Desde el 13/10/2017 al 12/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : ACADEMIA DE GUERRA NAVAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : CHRISTIAN ARTIGAS SAPIAN  
**Especialidad** : OTORRINOLARINGOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000305048	1	REACCION CUTANEA 16 ALERGENOS POR ESCARIFICACION (INCLUYE EL	4304	2152	1506	646
<b>TOTAL GENERAL :</b>			4304	2152	1506	646

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** : 24682 (1976722)  
**Validez** : Desde el 19/10/2017 al 18/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

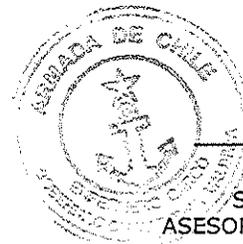
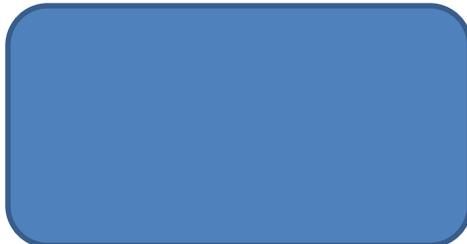
**Paciente** :   
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** :   
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** :   
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	3957	0	3957

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.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** : 24660 (1975512)  
**Validez** : Desde el 17/10/2017 al 16/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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** : DRA. CARMEN FUENTES  
**Especialidad** : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

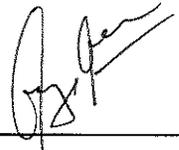
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	5539	0	1846
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	562	0	187
0000305070	1	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	6631	4974	0	1657
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1801	0	600
0000306008	1	CULTIVO CORRIENTE	1992	1494	0	498
0009920002	1	EXAMENES	297	223	0	74
<b>TOTAL GENERAL :</b>			28167	21128	0	7039

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.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** : 24661 (1975516)  
**Validez** : Desde el 17/10/2017 al 16/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	5936	0	1978

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** : 24515 (1970044)  
**Validez** : Desde el 04/10/2017 al 03/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

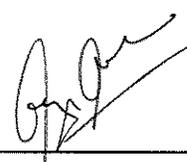
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	13600	6800	0	6800

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** : 24514 (1970040)  
**Validez** : Desde el 04/10/2017 al 03/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 71710-1  
**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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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** : 24512 (1970002)  
**Validez** : Desde el 04/10/2017 al 03/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

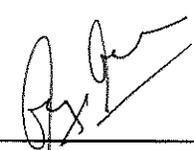
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101020	1	CONTROL NIÑO SANO POR ENFERMERA (ART.27 D.S. SALUD 369/1985)	2905	1453	0	1452
<b>TOTAL GENERAL :</b>			2905	1453	0	1452

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** : 24702 (1978003)  
**Validez** : Desde el 23/10/2017 al 22/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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** : DR. DANIEL GUILLIER  
**Especialidad** : MED. INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	13600	10200	0	3400
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	10200	0	3400

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

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARÍTIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 24683 (1976762)  
**Validez** : Desde el 19/10/2017 al 18/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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  
**Nº 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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 5936	0	1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	/ 5936	0	1978

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]



[REDACTED]

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 : **24463 (1966455)**  
 Validez : Desde el 27/09/2017 al 27/10/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

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

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

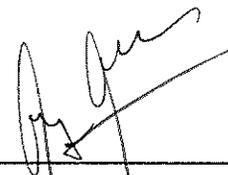
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	/ 6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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.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 : 24537 (1971415)  
Validez : Desde el 06/10/2017 al 05/11/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
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 : LUIS CONCHA MOSQUERA  
Especialidad : MED.INTERNA

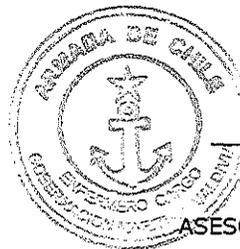
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404003	1	ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO. VIA	17318	12989	0	4329
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17318	12989	0	4329

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** : 24584 (1974051)  
**Validez** : Desde el 13/10/2017 al 12/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**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** : DR. BORIS FLANDEZ JAQUE  
**Especialidad** : ESP. NEUROCIRUJANO

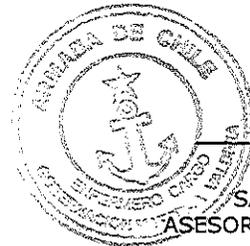
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101523	1	CONSULTA NEUROLOGO	17305	8653	0	8652
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17305	8653	0	8652

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 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** : 24309 (1960251)  
**Validez** : Desde el 11/09/2017 al 11/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**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** : DR. BORIS FLANDEZ JAQUE  
**Especialidad** : ESP. NEUROCIRUJANO

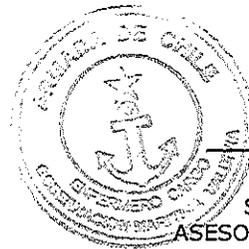
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101523	1	CONSULTA NEUROLOGO	17305	8653	0	8652
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17305	8653	0	8652

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** : 24492 (1969328)  
**Validez** : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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** : DR. LEONARDO NAHUEL PAN N.  
**Especialidad** : ESP. CARDIOLOGO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	1032	774	0	258
0001701006	1	E.C.G. CONTINUO (TEST HOLTER O SIMILARES, POR EJ.	40121	30091	0	10030
<b>TOTAL GENERAL :</b>			41153	30865	0	10288

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.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** : 24369 (1961640)  
**Validez** : Desde el 13/09/2017 al 13/10/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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  
**Nº CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DR. CLAUDIO OYARZUN  
**Especialidad** : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501134	1	DENSITOMETRIA OSEA A FOTON DOBLE, COLUMNA Y CADERA O CUERPO ENTERO (UNI O BILAT.)	30342	22757	0	7585
<b>TOTAL GENERAL :</b>			30342	22757	0	7585

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 2º (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** : 24538 (1971434)  
**Validez** : Desde el 06/10/2017 al 05/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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  
**Nº CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

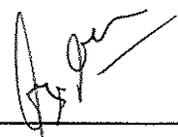
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	5936	0	1978

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.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** : 24684 (1976975)  
**Validez** : Desde el 19/10/2017 al 18/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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** : DR.GABRIEL LOPEZ R.  
**Especialidad** : CARDIOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101513	1	CONSULTA CARDIOLOGO	19589	14692	0	4897
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	6453	0	2151
<b>TOTAL GENERAL :</b>			28193	21145	0	7048

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** : 24546 (1971793)  
**Validez** : Desde el 10/10/2017 al 09/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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

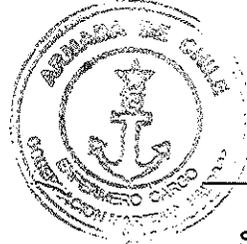
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

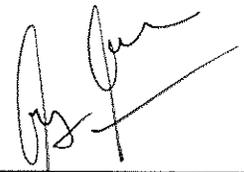
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 5936	0	1978
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	/ 5936	0	1978

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** : 24494 (1969331)  
**Validez** : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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  
**Nº CUENTA** :   
**Pedida Por** : DR. LEONARDO NAHUEL PAN N.  
**Especialidad** : ESP. CARDIOLOGO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1801	0	600
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	4513	0	1504
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000302032	3	ELECTROLITOS	2952	2214	0	738
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
<b>TOTAL GENERAL :</b>			20082	15063	0	5019

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.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 : 24509 (1969974)  
Validez : Desde el 04/10/2017 al 03/11/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
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 : LUIS CONCHA MOSQUERA  
Especialidad : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	4513	0	1504
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1120	0	373
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	2478	0	825
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
<b>TOTAL GENERAL :</b>			16013	12012	0	4001

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** : 24510 (1969978)  
**Validez** : Desde el 04/10/2017 al 03/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**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  
**Nº CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : LOIS CONCHA MOSQUERA  
**Especialidad** : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	13600	10200	0	3400
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	10200	0	3400

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 2º (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** : 24487 (1969225)  
**Validez** : Desde el 03/10/2017 al 02/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**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
0000101062	1	CONSULTA MEDICA GINECOLOGIA	13600	6800	0	6800
0000801001	1	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE (PAP)	4826	2413	1689	724
<b>TOTAL GENERAL :</b>			18426	9213	1689	7524

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