

Servicio de Salud del Maule
Hospital Parral
SERVICIO PUBLICO

Aníbal Pinto N° 1255 • Teléfono: 073-566900 Fax: 567002
Casilla 95 PARRAL

R.U.T.: 61.606.918 - 7
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

Nº 306393

OFICINA DE PAGOS

31 OCT. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

13 NOV. 2017

S.I. - PARRAL

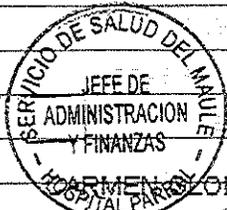
IMPRESA FACTURAS

Parral 12 de octubre de 2017
Señor (a): HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA RUT: 81102025 - 2
Dirección: MICHIMALONGO SIN LAS CANCHAS Comuna: TALCAHUANO
Giro: SERVICIO PUBLICO O / Compra:
Teléfono: Cond. de Venta:

Por lo siguiente:

DEBE

Cantidad	DETALLE	Precio Unit.	TOTAL
	POR ATENCIONES OTORGADAS EN HOSPITAL DE PARRAL		
1	07.02.003.004 EXS. Y RXS. (part. d/conv.)	24.984	24.984
1	07.02.004.004 CONS.MEDICAS (part. d/conv.)	21.816	21.816
			TOTAL \$ 46.800



Armando Alfaro Fuentes
JEFE ADMINISTRACION Y FINANZAS (S)

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipos Fondos

ITEM Son: **cuarenta y seis mil ochocientos pesos**

NOMBRE: RUT:

RECINTO:

FECHA: FIRMA:

TOTAL \$ **46.800**

S.E.G.O

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **100279 (1987515)**
Validez : Desde el 13/11/2017 al 13/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61606918-7 HOSPITAL DE PARRAL
Dirección : **ANIBAL PINTO S/N**
Fono : **(73) 462031**

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **EE 15 ALMIRANTE BLANCO ENCALADA**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	10908	10908	0	0
0009920002	1	EXAMENES	1764	1764	0	0
TOTAL GENERAL :			12672	12672	0	0

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2**
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO** .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **100277 (1987510)**
Validez : Desde el 13/11/2017 al 13/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61606918-7 HOSPITAL DE PARRAL
Dirección : **ANIBAL PINTO S/N**
Fono : **(73) 462031**

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 : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	21792	16344	0	5448
TOTAL GENERAL :			21792	16344	0	5448

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2**
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO** .
Por el **TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO** .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN/DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico



Ficha Clínica:

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **100278 (1987513)**
Validez : Desde el 13/11/2017 al 13/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61606918-7 HOSPITAL DE PARRAL
Dirección : **ANIBAL PINTO S/N**
Fono : **(73) 462031**

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 : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	10908	5454	0	5454
0009920002	1	EXAMENES	1428	714	0	714
TOTAL GENERAL :			12336	6168	0	6168

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2**
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO**.
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente: [REDACTED]
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica: