

**SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CORONEL**

Giro: RUT SIN INFO EN GIRO
LAUTARO S/N- CORONEL

eMail :
JEFEFINANZASCORONEL@SSCONCEPCION.CL

Telefono : 240245

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:61.602.201- 6

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº167

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 13 de Noviembre del 2017

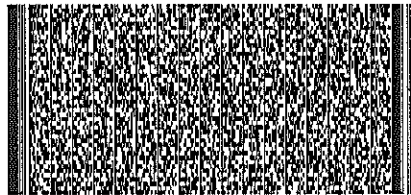
SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
R.U.T.: 61.102.025- 2
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO
CONTACTO:
TIPO DE COMPRA: DEL GIRO

17 NOV. 2017

INGRESO FACTURAS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
0702001004-0702001004	DIAS CAMA PART.	1	553.000			553.000
0702003004-0702003004	EXAMEN LABORAT.PART.	1	213.900			213.900
0702004004-0702004004	ATENCION AMBULAT.PART.	1	115.360			115.360
0702005004-0702004004	VENTA MEDICAMENTOS PART.	1	1.120			1.120
0702007004-0702007004	TRASLADO AMBULANCIA PART.	1	23.640			23.640

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0
EXENTO \$ 907.020
TOTAL \$ 907.020

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

53211.95 050.0000 (901)
21522 11 950 0050

ITEM TAREA MONTO

TOTAL \$ 907.020.-

Res AFSA 10887. del 06-12-2017.

112749

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN****Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 100580 (1994074)
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : HOSPITALIZADA**A** : 61602201-6 HOSPITAL DE CORONEL
Dirección : LAUTARO S/N, CORONEL
Fono :

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

Paciente :
Parentesco : CONYUGE
Repartición : ALCALDIA DE MAR D'ALCAHUE
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI :
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad : MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000202102	7	DIA CAMA HOSPIT.MEDICI.Y ESPECIALID.(SALA 2 C	553000	276500	276500	0
0000101009	7	CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO	105910	52955	52955	0
0009920002	1	EXAMENES	213900	106950	106950	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	1120	560	560	0
0002401061	1	TRASLADO Y/O RESCATE SIMPLE	23640	11820	11820	0
TOTAL GENERAL			897570	448785	448785	0

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

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

Firma - Nombre - RUN
BeneficiarioALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICOEstimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**Número : **100594 (1994234)**

Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017

Tipo : **HOSPITALIZADA****A : 61602201-6 HOSPITAL DE CORONEL**Dirección : **LAUTARO S/N, CORONEL**

Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : [REDACTED]
Repartición : **ALCALDIA DE MAR DALCAHUE**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRA BELTRAN**
Especialidad : **MEDICINA INTERNA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	9450	4725	4725	0
TOTAL GENERAL :			9450	4725	4725	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: [REDACTED]
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica: