

OFICINA DE PARTES

20 NOV. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

SERVICIO DE SALUD BIO BIO
HOSPITAL DE HU

Giro: SALUD

12 DE FEBRERO 233- TUCAPEL

eMail : GLADYS.GACITUA@SSBIOBIO.CL Telefono

R.U.T.:61.607.305- 2

FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº86

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

S.I.I. - LOS ANGELES

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

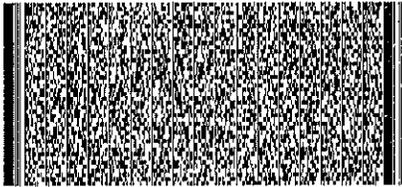
Fecha Emision: 02 de Noviembre del 2017

23 NOV. 2017

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
07-02.004.007.00	Atencion Amb Particular Consulta médico	2	9.730			19.460
07-02.005.007.00	Medicamentos Particular Segun detalle nomina adjunta	1	5.034			5.034
07-02.003.007.00	Examen Particular Segun detalle nomina adjunta Por cobro de prestaciones efectuadas a sus beneficiarios	1	28.970			28.970

Forma de Pago: Crédito



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	53.464
TOTAL	\$	53.464

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

53211. 99.050. 8850 (9101)

21522. 11. 950. 2010

TOTAL \$ 53.464, -

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 : **100602 (1994316)**
 Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607305-2 HOSPITAL ROBERTO MUÑOZ URRUTIA
 Dirección : **12 DE FEBRERO N° 233**
 Fono : **(43)332550**

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

Paciente : 
 Parentesco : **SI MISMO**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable: 
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
 N° CUENTA : 
 Pedida Por : **ALEJANDRA BELTRAN**
 Especialidad: **MEDICINA INTERNA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9730	7298	0	2432
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	5034	3776	0	1258
TOTAL GENERAL :			14764	11074	0	3690

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 : **100603 (1994321)**
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607305-2 HOSPITAL ROBERTO MUÑOZ URRUTIA
Dirección : **12 DE FEBRERO Nº 233**
Fono : **(43)332550**

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**

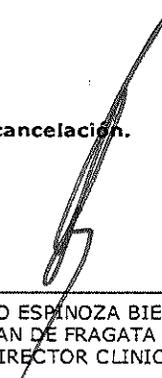
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	POSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9730	7298	0	2432
0009920002	1	EXAMENES	28970	21728	0	7242
TOTAL GENERAL :			38700	29026	0	9674

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: