

# SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE LOTA

GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS  
PRESTACIONES MEDICAS  
REGIMEN LEY N° 18469  
DIRECCION : CARRERA 702 - LOTA OFICINA DE PARTES  
CORREO : facturacionhl@ssconcepcion.cl  
TELEFONO : 412 721 317

R.U.T.: 61.602.203-2  
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS  
NO AFECTAS O EXENTAS DE IVA  
N° 0210

23 NOV. 2017  
20 NOV. 2017  
DEPTO. ABASTECIMIENTO

S.I.F. CONCEPCION

LOTA: 09 DE Noviembre DE 2017

Señor(es): Hospital Naval Alimte. Adiazota RUT: 61.102.025-2  
Dirección: Michimalongo s/n Las Cañchales Comuna: Talcahuano  
Giro: Fono:  
Cancelar a: SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE LOTA  
CUENTA CORRIENTE BANCO ESTADO 54509020780

| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                     | DENOMINACION               | VALOR    | TOTAL    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------|----------|
| 02 03 102                                                                                                                                                                                                                                  | Segun Nomina Adjunta       |          |          |
| 01 01 010                                                                                                                                                                                                                                  | 2 Dias Camas 20202         | 21.930.- | 43.860.- |
| 01 01 001                                                                                                                                                                                                                                  | 5 Atencion Medica Diania   | 9.250.-  | 46.250.- |
| 03 01 036                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Consulta Medica Urgencia |          | 9.130.-  |
| 03 01 038                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Hematocrito              |          | 690.-    |
| 03 01 038                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Hemoglobina en sangre    |          | 690.-    |
| 03 01 067                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Recuento Plaquetas       |          | 1.220.-  |
| 03 02 034                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Perfil Lipidico          |          | 6.450.-  |
| 03 05 030                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Proteina C reactiva      |          | 4.540.-  |
| 03 02 046                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Hoga Hepatica            |          | 10.800.- |
| 03 01 050                                                                                                                                                                                                                                  | 1 Tiempo de Protombina     |          | 1.550.-  |
| 03 02 050                                                                                                                                                                                                                                  | 1 T.T.P.K.                 |          | 2.430.-  |
|                                                                                                                                                                                                                                            | 53211. 99.050.0000 (SIC)   |          | 128.210  |
| N° CHEQUE                                                                                                                                                                                                                                  | 21522 11 990 8000          |          | 56.000   |
| Fecha CHEQUE                                                                                                                                                                                                                               |                            |          |          |
| CANCELADO: FECHA                                                                                                                                                                                                                           | DE                         | DE 20    |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                       | TAREA                      | MONTO    |          |
| NUMERO                                                                                                                                                                                                                                     |                            |          |          |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                      | RECINTO                    |          |          |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                            | RUT:     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                            | FIRMA    |          |
| "El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4° y la letra c) del Art. 5° de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)" |                            |          |          |
| SON: Ciento veintio mil ochocientos diez pesos                                                                                                                                                                                             |                            |          |          |
| 128.210.-                                                                                                                                                                                                                                  |                            |          |          |
| TOTAL \$                                                                                                                                                                                                                                   |                            |          | 128.210  |

**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** : 100736 (1995992)  
**Validez** : Desde el 01/12/2017 al 31/12/2017  
**Tipo** : HOSPITALIZADA**A** : 61602203-2 HOSPITAL DE LOTA  
**Dirección** : LOS CARRERA, LOTA  
**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** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código                 | Cant | Descripción                                          | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|------------------------------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000202101             | 1    | DIA CAMA<br>HOSPITAL.MEDICI.Y ESPEC.<br>(SALA 3 CAMA | 43860  | 32895          | 10965   | 0       |
| 0000101010             | 5    | ATENCION MEDICA DIARIA A<br>PACIENTE HOSPITALIZADO   | 46250  | 34688          | 11562   | 0       |
| 0000101001             | 1    | CONSULTA MEDICA<br>ELECTIVA                          | 9730   | 7298           | 2432    | 0       |
| 0009920002             | 1    | EXAMENES                                             | 28370  | 21278          | 7092    | 0       |
| <b>TOTAL GENERAL :</b> |      |                                                      | 128210 | 96159          | 32051   | 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.