

**SERVICIO DE SALUD DEL MAULE  
HOSPITAL DE CONSTITUCION**

**GIRO: SERVICIO PUBLICO**

HOSPITAL N°200 - FONDO: (71) 22411948 - CASILLA 82

**CONSTITUCION**

**F.U.T.: 61.606.911-K**

06 JUN 2017

**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS**

**Nº AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.**

**4890**

JUN 2017  
DEPTO. ABASTECIMIENTO

**S.I.I. - CONSTITUCION**

Fecha de emisión: Const. 9 de Mayo de 2017  
 Señor(es): Hospital Honoral de Talcahuano RUT: 61.102.025-2  
 Dirección: Michomalongo - N° Las Conchas Ciudad: Talcahuano  
 Giro: Guía de Despacho N°

Por lo siguiente:

CANTIDAD	DETALLE	P. UNITARIO	TOTAL
	Por atenciones y prestaciones otorgadas en el Hospital de Constitución a beneficiarios de Hospital Honoral de Talcahuano		
	<b>REGRESOS</b>		
04-02-004-05	Atención Médica		\$120.990
	5321 99 000		
	2152 11 910		
	<b>MONTO</b>		
	<u>120.990</u>		

TRIPLO DUBLÉ DEL MAULE  
JEFE DE  
PRESUPUESTO

Paz Amador Castillo  
Responsabilidad

SALUD DEL MAULE  
HOSPITAL DE CONSTITUCION  
DIRECTOR

Sra. Cuatrecasas Contreras  
Directora Hospital

Soberano: Ciento veinte mil noventa y nueve pesos

**TOTAL**

**\$120.990**

Nombre: Imprenta Zaimor y Cia. Ltda. R.U.T.: 71.224.119.48  
 Fecha: 09 de Mayo de 2017 Recinto: Constitucion Firma: [Firma]  
 El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4º y la letra c) del Art. 5º de la Ley 19.983, acredita que la entrega de la mercadería(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

**ORIGINAL: CLIENTE**

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 : 96904 (1925472)  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
Dirección : CASILLA, CONSTITUCION  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : [REDACTED]  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : [REDACTED]  
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	10130	5065	2532	2533
TOTAL GENERAL :			10130	5065	2532	2533

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 : 96903 (1925466)  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
Dirección : CASILLA, CONSTITUCION  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : [REDACTED]  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : [REDACTED]  
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	2	CONSULTA URGENCIA	32720	32720	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32720	32720	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

[REDACTED]

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 : 96907 (1925484)  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
Dirección : CASILLA, CONSTITUCION  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : [REDACTED]  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : [REDACTED]  
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101309	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD PEDIATRIA	25160	12580	0	12580
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	10130	5065	2532	2532
TOTAL GENERAL :			35290	17645	2532	15113

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]

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 : 96908 (1925487)  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
Dirección : CASILLA, CONSTITUCION  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : [REDACTED]  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : [REDACTED]  
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	10130	5065	2532	2533
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10130	5065	2532	2533

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 : 96906 (1925477)  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
Dirección : CASILLA, CONSTITUCION  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : [REDACTED]  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : [REDACTED]  
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	8180	0	8180
TOTAL GENERAL :			16360	8180	0	8180

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

[REDACTED]

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 : 96905 (1925474)  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
Dirección : CASILLA, CONSTITUCION  
Fono :

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

Paciente :   
Parentesco : SI MISMO  
Repartición :   
Responsable :   
Institución : ARMADA  
NPI :   
Pedida Por :   
Especialidad :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	16360	0	0
TOTAL GENERAL :			16360	16360	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: