



HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
PRESTACIONES MEDICAS

San Martín 1436 - Concepción
Teléfono 41 272 2500 (Mesa Central)

R.U.T.: 61.602.189-3
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº 1040

S.I.I. - CONCEPCION

bnicalgo

05 JUN. 2017	31 MAYO 2017
INGRESO FACTURAS	DEPTO. ABASTECIMIENTO

Concepción, 24-Mayo-2017

Señores : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Dirección : MICHIMALONGO S/N - BASE NAVAL Comuna: TALCAHUANO
Giro : 0

R.U.T. : 61.102.025-2
Ciudad : TALCAHUANO
Guía de despacho :

Por lo siguiente:

a: SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL CL. REG. CONCEPCION

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310103	EXAMENES POR ATENCION MEDICA A PACIENTES AFILIADOS PACIENTE [REDACTED] EXAMEN: CINTIGRAMA TIROIDEO		51.300

Son: CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS.

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipre Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 51.300.

MONTO EXENTO	\$	51.300
MONTO TOTAL	\$	51.300



Timbre Electronico SI
Res. Nº 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

53211.99 050.000 (500)
21522 11 \$50.800.

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 : 94969 (1896955)
Validez : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
Dirección : SAN MARTIN, CONCEPCION
Fono : 224280

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 : PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE
Especialidad : MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501101	1	cintigrafía tiroidea, cualquier radioisotopo	51300	25650	17955	7695
TOTAL GENERAL :			51300	25650	17955	7695

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: