

Galvarino Gallardo 1724
Providencia, Santiago
Teléfono: 232039572

13 JUN. 2017

Nº 000001396

S.I.I. - UNIDAD PROVIDENCIA

Señor(es)	HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA		
Dirección	MICHIMALONGO S/N BASE NAVAL		
Comuna	TALCAHUANO	Ciudad	TALCAHUANO
Giro	HOSPITALES Y CLINICAS		
Vendedor	ADMINISTRATIVO	Cond.Pago	Crédito

R.U.T. : 61.102.025-2
Fecha : 13-06-2017
Teléfono : 412743290
Fecha.Venc. : 28-06-2017
O.Compra :

CANT.	DESCRIPCION	P.UNITARIO	%Dcto	DESCUENTO	TOTAL
1	BONOS EXTERNO CONVENIO HOSPITAL, CENTRO MEDICO PACIENTE: XXXXXXXXXXXX	325.500			325.500

EGRESO 2

CODIGO LU.RP 2010

53211 55 060. 8888 (5001)

REGRESSO

CODIGO LU.RP 2010

~~SECRET~~

SON: trescientos veinticinco mil quinientos pesos.-

Facing Page 115

DOCUMENTO	REFERENCIA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Folio

F ECHU

Type Fonds

Exento

\$

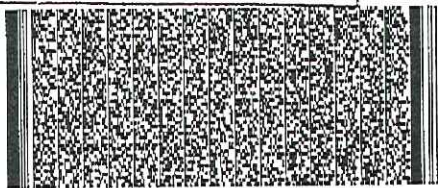
Total

\$

OBSERVACIONES:

~~CENTRO MEDICO, BONOS EXTERNO CONVENIO HOSPITAL~~

TOTAL \$ 325.000



Timbre Electronico S.L.

Res. 80 de 2014 - Verifique Documento: www.sii.cl

Solución de Factura Electrónica: ESAFE de www.transconia.cl

R: 5389

En Ojedo de Repunte ASRA

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 : 96016 (1910881)
Validez : Desde el 22/05/2017 al 21/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 73187600-2 FUNDACION PROFESOR ANIBAL ARIZTIA
Dirección : ANTONIO VARAS Nº 360 PROVIDENCIA STGO.
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 : PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE
Especialidad: MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	290600	145300	101710	43590
TOTAL GENERAL :			290600	145300	101710	43590

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 : 96008 (1910770)
Validez : Desde el 22/05/2017 al 21/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 73187600-2 FUNDACION PROFESOR ANIBAL ARIZTIA
Dirección : ANTONIO VARAS Nº 360 PROVIDENCIA STGO.
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 : PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE
Especialidad : MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101547	1	CONSULTA NEFROLOGO INFANTIL	34900	17450	0	17450
TOTAL GENERAL :			34900	17450	0	17450

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: