

OFICINA DE PARTES

- 7 JUN. 2017

INMUNOMEDICA SALUD S.A.Prestaciones Médicas, Asesorías en Gestión Médica,
Compra y Alquiler de Inmuebles Propios o Arrendados

Casa Matriz: Castellón 313 Fono: (41) 2108200 - Concepción

Sucursales: Nogueira 904, Tomé - Pedro Aguirre Cerda 1055, San Pedro de la Paz Sotomayor
401 Of. 114 Fono: 2727400, Coronel - Esmeralda 598 Fono: (41) 2559159, Arica - Anibal
Pinto 1064 Fono: (73) 2463774, Parral - Libertad 1137 Of. 102 Fono: (42) 2256100, Chillán -
Ernesto Riquelme 242 Fono: (42) 2424480, San Carlos - Nataníel Cox 125, Santiago - Marchant
Pereira 381, Local 1 Providencia-Santiago - 7 Norte 645 dpto. 1005 Viña del Mar - 7 Norte
645 Dpto. 1013 Viña del Mar - Carrera 34 La Calera

R.U.T.: 76.702.540-8

**FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRONICA**

Nº 000008427

S.I.I. - CONCEPCION

Señor(es) : SUBSECRETARIA DE MARINA HOSPITAL NAVAL
 Dirección : MICHIMALONGO-LAS CANCHAS
 Comuna : TALCAHUANO Ciudad : TALCAHUANO
 Giro : HOSPITALES Y CLINICAS
 Vendedor : ANGELA PARRAGUEZ Cond.Pago : Crédito

R.U.T. : 61.102.025-2
 Fecha : 31-05-2017
 Teléfono :
 Fecha.Venc. : 30-06-2017
 O.Compra :

CANT.	DESCRIPCION	P.UNITARIO	%Dcto	DESCUENTO	TOTAL
2	REACCION CUTANEA DE PARCHE PACIENTE [REDACTED] PACIENTE [REDACTED]	50.000			100.000

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

SON: cien mil pesos.-

Tipo Fondos

DOCUMENTO REFERENCIA

FOLIO

FECHA

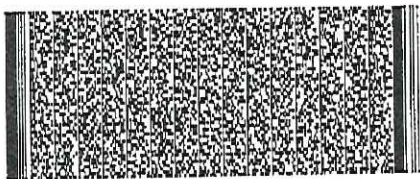
ITEM	TAREA	MONTO
1		

Exento \$ 100.000
 Total \$ 100.000

OBSERVACIONES:

55211.92 060.0000 (9101)
 21572 11 910 0060

TOTAL \$ 100.000.



Timbre Electronico S.I.I.

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

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

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 : 96541 (1921244)
Validez : Desde el 13/06/2017 al 13/07/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 76702540-8 INMUNOMEDICA SALUD
Dirección : SAN MARTIN 920
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 : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad : MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000307005	1	REACCION CUTANEA DE PARCHE C/U	50000	50000	0	0
TOTAL GENERAL :			50000	50000	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:

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 : 96543 (1921250)
Validez : Desde el 13/06/2017 al 13/07/2017
Tipo : AMBULATORIAA : 76702540-8 INMUNOMEDICA SALUD
Dirección : SAN MARTIN 920
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad : MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000307005	1	REACCION CUTANEA DE PARCHE C/U	50000	25000	0	25000
TOTAL GENERAL :			50000	25000	0	25000

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.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica: