SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL DE CONSTITUCION
GIRO: SERVICIO PUBLICO
HOSPITAL N°200 – FONO: (71) 22411948 – CASILLA 82
CONSTITUCION

R.U.T.: 61.606.911-K
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
N° 4902
S.I.I. – CONSTITUCION

15 JUN. 2017 INGRESO EMPTHARA

OFICINA DE PARTES 13 JUN. 2017 DEPTO. ABASTECIMIENTO

Fecha de emisión: Constt, 26 de Mayo 2017
Señor (es): Hospital naval de Talcahuano R.U.T.: 61.102.025-2
Dirección: Quiduamalonga S/N Los Cardu Ciudad: Talcahuano
Giro: Guía de Despacho N°:

Por lo siguiente: **DEBE**

CANTIDAD	DETALLE	P. UNITARIO	TOTAL
	Por atenciones y prestaciones otorgadas en el Hospital de Constitucion a beneficiarios de Hospital naval de Talcahuano.		
	02-03-051 Ex. Laboratorio	$	18.000
	04-05 Ate. médica	$	52.980
		$	70.980

EGRESOS
CODIGO CURRP 7010
N° CHEQUE
Fecha CHE.
Tipo Fondo
ITEM
MONTO
TOTAL $ 70.980

53211 88 000 0000 (SN01)
21522 11 990 8870

SERVICIO SALUD DEL MAULE – JEFE DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO – HOSPITAL DE CONSTITUCION
Mónica Castillo
Jefa de Contabilidad (S)

SERVICIO SALUD DEL MAULE – DIRECTOR – HOSPITAL DE CONSTITUCION
Sra. Maite Rodriguez Contreras
Directora (S) Hospital

Son: Setenta mil novecientos ochenta pesos

TOTAL
$ 70.980

Nombre: R.U.T.:
Fecha: Recinto: 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 la mercadería(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

Imprenta Zaimor y Cía. Ltda. Bellavista 0199, Providencia, Santiago, F: 227373899, RUT: 87.623.200-6

ORIGINAL: CLIENTE

Fod 4902

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 : **96887 (1925398)**
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 : 24055743-6 VALENTINA ANTONELLA ESCUDERO MUÑOZ
Parentesco : HIJOS
Repartición : FARO CABO CARRANZA
Responsable : 18581526-9 JAZMIN ANDREA MUÑOZ SOTO
Institución : ARMADA
NPI : 581914-8
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
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: 24055743-6 VALENTINA ANTONELLA ESCUDERO MUÑOZ Ficha Clinica:
Hipótesis Diagnóstico

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 : **96883 (1925386)**
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 : 25530443-7 MIA AGUSTINA PEREZ OBANDO
Parentesco : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION
Responsable : 19248698-K DAYRA SOLEMITT OBANDO ORTIZ
Institución : ARMADA
NPI : 563816-3
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
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: 25530443-7 MIA AGUSTINA PEREZ OBANDO Ficha Clinica:
Hipótesis Diagnóstico

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 : **96884 (1925389)**
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 : 25530443-7 MIA AGUSTINA PEREZ OBANDO
Parentesco : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION
Responsable : 19248698-K DAYRA SOLEMITT OBANDO ORTIZ
Institución : ARMADA
NPI : 563816-3
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
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: 25530443-7 MIA AGUSTINA PEREZ OBANDO Ficha Clinica:
Hipótesis Diagnóstico

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 : **96885 (1925392)**
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 : 22210356-8 MATIAS CRISTOBAL SAN MARTIN MAULEN
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 14354372-2 JUAN RAMON SAN MARTIN DURAN
Institución : ARMADA
NPI : 571498-5
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	8180	0	8180
0009920002	1	EXAMENES	6710	3355	2348	1007
		TOTAL GENERAL :	23070	11535	2348	9187

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: 22210356-8 MATIAS CRISTOBAL SAN MARTIN MAULEN Ficha Clinica:
Hipótesis Diagnóstico

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 : **96886 (1925395)**
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 : 25674345-0 EMMA IGNACIA LOPEZ MUÑOZ
Parentesco : HIJOS
Repartición : FARO CABO CARRANZA
Responsable : 18581526-9 JAZMIN ANDREA MUÑOZ SOTO
Institución : ARMADA
NPI : 581914-8
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
0000401151	1	PELVIS,CADERA,COXO DE RN LACTANTE O NINO MENO	11290	5645	3951	1694
		TOTAL GENERAL :	11290	5645	3951	1694

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: 25674345-0 EMMA IGNACIA LOPEZ MUÑOZ Ficha Clinica:
Hipótesis Diagnóstico