

SERVICIO DE SALUD NUBLE
HOSPITAL DE SAN CARLOS DR
BENICIO ARZOLA MEDIN

Giro: HOSPITAL
GAZMURI 448 - SAN CARLOS
eMail : JOSELUIS.BOCAZ@REDSALUD.GOV.CL

OFICINA DE PARTES

R.U.T.: 61.607.002- 9

FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

DEPTO. ABASTECIMIENTO **Nº212**

Telefono : 42 2586257

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR

R.U.T.: 61.102.025- 2

GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS

DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

COMUNA TALCAHUANO

CIUDAD: TALCAHUANO

CONTACTO:

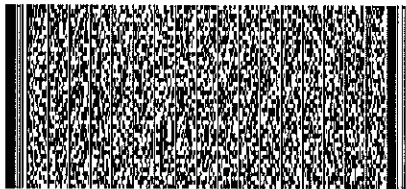
S.I.I. - SAN CARLOS

Fecha Emision: 24 de Abril del 2017

06 JUN. 2017

IMPUESTO FACTURAS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
431-010104	DIA CAMA PART/CONV.	1	18.780			18.780
431-010304	EXAMENES PART/CONV.	1	34.430			34.430
431-010404	AT. AMB. PART/CONV.	1	28.230			28.230
431-010504	MEDICAMENTOS PART/CONV.	1	2.900			2.900
431-0107	TRASLADOS PART/CONV.	1	4.090			4.090



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0
EXENTO \$ 88.430
TOTAL \$ 88.430

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipre Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
------	-------	-------

53 211 95.050.0000 (9.01)
21522.11 950 3000

TOTAL \$	88.430.-
----------	----------

Fod 212

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN****Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 96985 (1925801)
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017
Tipo : HOSPITALIZADA**A** : 61607002-9 HOSPITAL DE SAN CARLOS
Dirección : GAZMURI, N°448, CHILLAN
Fono :

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

Paciente : 3481699-9 SEGUNDO PRIMITIVO ELGUETA MERCADO
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 3481699-9 SEGUNDO PRIMITIVO ELGUETA MERCADO
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22054438000
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
0000202103	3	DIA CAMA HOSP.MEDICI.Y ESPECIAL.(1 CAMA SIN B	18780	14085	4695	0
0009920002	1	EXAMENES	34430	25823	8607	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	2900	2175	725	0
0002401061	1	TRASLADO Y/O RESCATE SIMPLE	4090	3068	1022	0
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	28230	21173	7057	0
TOTAL GENERAL :			88430	66324	22106	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
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.