

Centro Clínico Militar  
"Concepción"

### CENTRO CLINICO MILITAR CONCEPCION

Giro: CENTRO CLINICO, SERV.MEDICOS,  
DENTALES, LABORATORIO, RAYOS.  
GENERAL NOVOA 210- CONCEPCION  
eMail : FINANZAS@CCMCONCEPCION.CL

Telefono : 41 2106650

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:

10 FEB 2017  
ABASTECIMIENTOS

R.U.T.:65.311.270- K

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

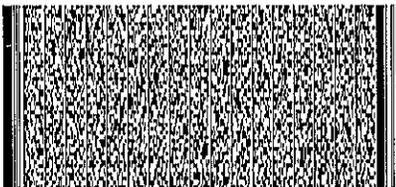
Nº754

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 31 de Enero del 2017

21 FEB. 2017  
IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
-	Atenciones Médicas Correspondiente a prestaciones efectuadas en el SCM Chillán, a imponentes y sus cargas familiares, desde el 01 al 31.Ene.2017.	1	193.169			193.169



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	193.169
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>193.169</b>

EGRESOS		
CODIGO LU.RP 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Típc Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		193.169.-

53211. 99.020.0000 (9501)  
2102. 11 950.0020

**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 : 93681 (1877813)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : GENERAL NOVOA N°210  
Fono : 311678

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

Paciente : 25444876-1 BELEN IGNACIA POZO JARAMILLO  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable: 17516031-0 ASHLEY GERALD POZO AVILA  
Institución : ARMADA  
NPI : 594313-4  
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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	10313	5157	0	5156
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10313	5157	0	5156

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

*C*  
\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFÍAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLÍNICO SUBROGANTE

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

25444876-1 BELEN IGNACIA POZO JARAMILLO

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** : 93680 (1877812)  
**Validez** : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN  
**Dirección** : GENERAL NOVOA N°210  
**Fono** : 311678

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

**Paciente** : 25550656-0 CATALINA IGNACIA RUBIO ZAPATA  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF  
**Responsable** : 18770688-2 JULIO CESAR RUBIO FIGUEROA  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 598915-8  
**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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	10313	5157	0	5156
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10313	5157	0	5156

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

25550656-0 CATALINA IGNACIA RUBIO ZAPATA

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 : 93689 (1877846)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN  
Dirección : GENERAL NOVOA Nº210  
Fono : 311678

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

Paciente : 4798870-5 CATALINA , ASTUDILLO MONCADA  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 3850089-9 ELIO DEL CARMEN ZUÑIGA VALENZUELA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : 22065227000  
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
0000401049	2	COLUMNA TOTAL O DORSOLUMBAR, PANORAMICA CON F	18660	9330	0	9330
<b>TOTAL GENERAL :</b>			18660	9330	0	9330

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-9  
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

CRISTIAN GONZALEZ GARRIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

4798870-5 CATALINA , ASTUDILLO MONCADA

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 : **93688 (1877841)**  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : **GENERAL NOVOA Nº210**  
Fono : **311678**

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

Paciente : 7718497-K FILIMON DE LA C . ROSALES CAMPOS  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 7718497-K FILIMON DE LA C . ROSALES CAMPOS  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : 22095330000  
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
0009920002	1	EXAMENES	3744	2808	0	936
<b>TOTAL GENERAL :</b>			3744	2808	0	936

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

  
\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

7718497-K FILIMON DE LA C . ROSALES CAMPOS

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 : 93687 (1877836)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : GENERAL NOVOA N°210  
Fono : 311678

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

Paciente : 4561205-8 UBERLINDA . SEPULVEDA VILUGRON  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 4561205-8 UBERLINDA . SEPULVEDA VILUGRON  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 32055715000  
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
0009920002	1	EXAMENES	13189	9892	0	3297
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13189	9892	0	3297

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFÍAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

4561205-8 UBERLINDA . SEPULVEDA VILUGRON

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 : **93686 (1877833)**  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : **GENERAL NOVOA N°210**  
Fono : **311678**

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

Paciente : 5149734-1 RAQUEL . HERNANDEZ BERRIOS  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable: 5149734-1 RAQUEL . HERNANDEZ BERRIOS  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 32055534000  
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
0000101056	1	CONSULTA MEDICA CIRUJANO ADULTO	10113		7585 0	2528
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10113		7585 0	2528

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

5149734-1 RAQUEL . HERNANDEZ BERRIOS

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 : **93685 (1877828)**  
 Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
 Dirección : **GENERAL NOVOA Nº210**  
 Fono : **311678**

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

Paciente : 4561205-8 UBERLINDA . SEPULVEDA VILUGRON  
 Parentesco : SI MISMO  
 Repartición : SIN REPARTICION  
 Responsable : 4561205-8 UBERLINDA . SEPULVEDA VILUGRON  
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
 Nº CUENTA : 32055715000  
 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
0000101056	1	CONSULTA MEDICA CIRUJANO ADULTO	10113	7585	0	2528
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10113	7585	0	2528

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

\_\_\_\_\_  
 CRISTIAN GONZÁLEZ GARFIAS  
 CAPITAN DE FRAGATA SN  
 SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

4561205-8 UBERLINDA . SEPULVEDA VILUGRON

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** : 93693 (1877869)  
**Validez** : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN  
**Dirección** : GENERAL NOVOA Nº210  
**Fono** : 311678

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

**Paciente** : 12320221-K MARIA ELENA VIELMA PARRA  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable**: 12624287-5 CARLOS RAMON MORA NUÑEZ  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 643295-6  
**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
0009920002	1	EXAMENES	47857	23929	16749	7179
<b>TOTAL GENERAL :</b>			47857	23929	16749	7179

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFIAS  
 CAPITAN DE FRAGATA SN  
 SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

12320221-K MARIA ELENA VIELMA PARRA

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 : 93691 (1877864)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : GENERAL NOVOA N°210  
Fono : 311678

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

Paciente : 24617938-7 JOSEFA NOEMI HERRERA SAN MARTIN  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : COMANDANCIA DE LA BASE NAVAL TALCAHUANO  
Responsable : 13723495-5 CRISTIAN ALEXIS HERRERA GARRIDO  
Institución : ARMADA  
NPI : 616601-4  
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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	10313	5157	0	5156
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10313	5157	0	5156

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

24617938-7 JOSEFA NOEMI HERRERA SAN MARTIN

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 : 93692 (1877866)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

- **A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
**Dirección :** GENERAL NOVOA N°210  
**Fono :** 311678

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

**Paciente :** 5040354-8 JOSE PASCUAL SANHUEZA MILLAR  
**Parentesco :** SI MISMO  
**Repartición :** SIN REPARTICION  
**Responsable :** 5040354-8 JOSE PASCUAL SANHUEZA MILLAR  
**Institución :** PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA :** 22089382000  
**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	11392	8544	0	2848
<b>TOTAL GENERAL :</b>			11392	8544	0	2848

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFÍAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

5040354-8 JOSE PASCUAL SANHUEZA MILLAR

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 : 93690 (1877852)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : GENERAL NOVOA N°210  
Fono : 311678

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

Paciente : 3850089-9 ELIO DEL CARMEN ZUÑIGA VALENZUELA  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 3850089-9 ELIO DEL CARMEN ZUÑIGA VALENZUELA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 22065227000  
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	POM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	19805	14854	0	4951
<b>TOTAL GENERAL :</b>			19805	14854	0	4951

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZALEZ GARFIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

3850089-9 ELIO DEL CARMEN ZUÑIGA VALENZUELA

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 : 93684 (1877821)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : GENERAL NOVOA Nº210  
Fono : 311678

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

Paciente : 25550656-0 CATALINA IGNACIA RUBIO ZAPATA  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF  
Responsable : 18770688-2 JULIO CESAR RUBIO FIGUEROA  
Institución : ARMADA  
NPI : 598915-8  
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	6535	3268	2287	980
<b>TOTAL GENERAL :</b>			6535	3268	2287	980

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZALEZ GARFIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

25550656-0 CATALINA IGNACIA RUBIO ZAPATA

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** : 93683 (1877816)  
**Validez** : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN  
**Dirección** : GENERAL NOVOA N°210  
**Fono** : 311678

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

**Paciente** : 15173051-5 ANGELICA PILAR ECHEVERRIA FIGUEROA  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable**: 15173051-5 ANGELICA PILAR ECHEVERRIA FIGUEROA  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 32052610300  
**Pedida Por** : WILLIMAS NEILSON  
**Especialidad**: MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404005	1	ECOTOMOGRAFIA TRANSV. TRAN	10709	8032	0	2677
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10709	8032	0	2677

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

\_\_\_\_\_  
CRISTIAN GONZÁLEZ GARFÍAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

15173051-5 ANGELICA PILAR ECHEVERRIA FIGUEROA

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 : 93682 (1877815)  
Validez : Desde el 07/03/2017 al 06/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65311270-K CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**  
Dirección : GENERAL NOVOA Nº210  
Fono : 311678

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

Paciente : 12320221-K MARIA ELENA VIELMA PARRA  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 12624287-5 CARLOS RAMON MORA NUÑEZ  
Institución : ARMADA  
NPI : 643295-6  
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
0000101056	1	CONSULTA MEDICA CIRUJANO ADULTO	10113	5057	0	5056
<b>TOTAL GENERAL :</b>			10113	5057	0	5056

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

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

12320221-K MARIA ELENA VIELMA PARRA

Ficha Clínica: