

**SERVICIO DE SALUD DE
TALCAHUANO HOSPITAL**

Giro: HOSPITAL Y CLINICAS
ALTO HORNO 777 - TALCAHUANO

R.U.T.:61.607.202- 1

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº1577

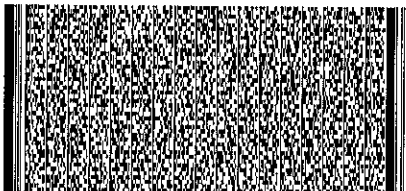
SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
R.U.T.: 61.102.025- 2
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO
CONTACTO:

S.I.I. - TALCAHUANO

Fecha Emision: 04 de Abril del 2017

05 MAYO 2017

INGRESO FACTURABLE

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
03-00.000	EX. LABORATORIO	1	22.280			22.280
PACIENTE SIMON SALAZAR PIZARRO INGRESO 30-01-2017						
						
Timbre Electrónico SII Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl						
IMPUESTO ADICIONAL						\$ 0
EXENTO						\$ 22.280
TOTAL						\$ 22.280

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

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

11		

5324 99 000 0000 (9101)
21572.11 910 0055

\$ 22.280.-

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 : **91961 (1853659)**
Validez : Desde el 22/12/2016 al 21/01/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente : 25473697-K SIMON AGUSTIN SALAZAR PIZARRO
Parentesco : HIJOS
Repartición : AGRUPACION DE BUQUES EN RESERVA TALCAHUANO
Responsable: 15756205-3 VICTOR ALONSO SALAZAR VASQUEZ
Institución : ARMADA
NPI : 528003-9
Pedida Por : HUGO HIDALGO TORRES
Especialidad: BRONCOPULMONAR INFANTIL

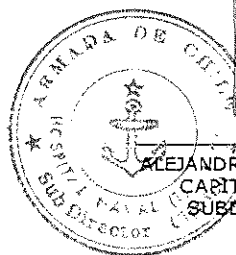
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000307007	1	TEST DEL SUDOR	22280	11140	7797	3343
TOTAL GENERAL :			22280	11140	7797	3343

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

25473697-K SIMON AGUSTIN SALAZAR PIZARRO

Ficha Clínica: