

OFICINA DE PARTES
28 MAR. 2017
DEPTO. ABASTECIMIENTO



COMPLEJO ASISTENCIAL DR.VICTOR RIOS RUIZ
SALUD
AVDA. RICARDO VICUÑA 147
LOS ANGELES

29 MAR. 2017
IMPRESION FACTURADO

RUT 61.607.301-K
FACTURA NO AFECTA
O EXENTA ELECTRONICA
Nº 239

S.I.I. - CONCEPCION

Señor(es)	HOSPITAL NAVAL ALMTE.ADRIAZOLA	RUT	61.102.025-2
Giro	HOSPITALES Y CLINICAS	Fecha Emisión	21 de marzo de 2017
Dirección	MICHIMALONGO S/N , LAS CANCHAS	Comuna	TALCAHUANO
Contacto	Marcela Rivas Mendoza	Vendedor	

DETALLE					
Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Ind	Total
70102003001	EXAMENES M.L.E	1	10.270	EX	10.270
70102004001	ATENCION AMBULATORIA M.L.E (Agustina Galvez Garcia, Pref.712)	1	9.110	EX	9.110

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

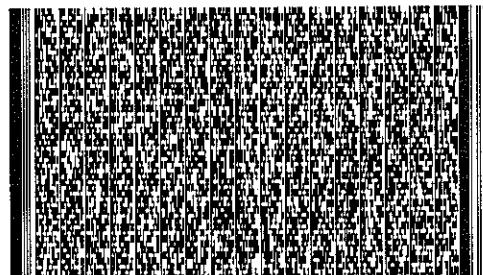
Tipo Fondos

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

TOTAL \$ 19.380.-

25211 99 050 0000 (9,101)
21522.11 950 0050

TOTALES	
Monto Exento	19.380
Total	19.380



Timbre Electrónico SII
Res. 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.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 : 94506 (1889484)
Validez : Desde el 03/04/2017 al 03/05/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607301-K HOSPITAL DR.VICTOR RIOS RUIZ
Dirección : RICARDO VICUÑA,Nº147,LOS ANGELES
Fono :

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

Paciente : 24976884-7 AGUSTINA JESUS GALVEZ GARCIA
Parentesco : HIJOS
Repartición : HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Responsable: 16061315-7 MARIOLY EMPERATRIZ GARCIA TRONCOSO
Institución : ARMADA
NPI : 579806-9
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
0000401059	1	ESTUDIO MUÑECA O TOBILLO (FRONT., LATERAL Y O	10270	5135	3594	1541
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9110	4555	0	4555
TOTAL GENERAL :			19380	9690	3594	6096

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