

**SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL DE CONSTITUCION**

GIRO: SERVICIO PUBLICO

HOSPITAL N°200 - FONDO: (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.**

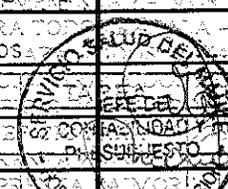
N° 4885

S.I.I. - CONSTITUCION

05 ABR 2017
-5-1-2017
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

Fecha de emisión: Cerutti, 23 de mayo 2017
 Señor (es): Hospital N° 200 de Calchahuano R.U.T.: 61.102.028-2
 Dirección: W. Plumboung - s/p. Las Cañadas Ciudad: Calchahuano
 Giro: Guía de Despacho N°

Por lo siguiente:		DEBE	
CANTIDAD	DETALLE	P. UNITARIO	TOTAL
	<u>Por atenciones y pronto auxilio</u>		
	<u>atenciones en el Hospital de Constitución</u>		
	<u>de beneficiarios del Hospital Instal</u>		
	<u>de Calchahuano</u>		
<u>EGR - 303</u>			
<u>07-02-2017</u>	<u>atenciones</u>	<u>4</u>	<u>32.720-</u>
<u>CODIGO U.R.P. 2010</u>			
<u>Fecha de emisión</u>			
<u>Tipo</u>			
<u>Nombre</u>	<u>Dr. Luis Castillo</u>		
<u>Recinto</u>	<u>Director Hospital</u>		
<u>Firma</u>			
<u>Total</u>	<u>53.211.98.050.0000 (950)</u>		
<u>32</u>	<u>20</u>	<u>21.522.11.980.8000</u>	



Son: Cerutti y dos mil setecientos veinte

TOTAL
\$ 32.720-

Nombre: [Signature] **R.U.T.:** [Blank]
Fecha: [Blank] **Recinto:** [Blank] **Firma:** [Blank]
 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).

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 : 94691 (1893055)
Validez : Desde el 10/04/2017 al 10/05/2017
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 : 18581526-9 JAZMIN ANDREA MUÑOZ SOTO
Parentesco : SI MISMO
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	16360	0	0
TOTAL GENERAL :			16360	16360	0	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
Beneficiario



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

18581526-9 JAZMIN ANDREA MUÑOZ SOTO

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 : 94692 (1893065)
Validez : Desde el 10/04/2017 al 10/05/2017
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



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

25530443-7 MIA AGUSTINA PEREZ OBANDO

Ficha Clínica: