



**CENTRO CLINICO MILITAR  
CONCEPCION**

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

R.U.T.:65.311.270- K

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

**Nº1076**

Telefono : 41 2106650

S.I.I. - CONCEPCION

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

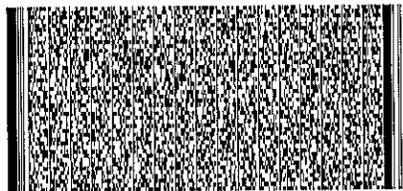
CIUDAD: TALCAHUANO

CONTACTO:

Fecha Emision: 31 de Marzo del 2017

18 ABR. 2017  
INGRESO FACTURAS

Código	Descripción	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
-	Atenciones Médicas Correspondiente a prestaciones efectuadas en la Macrozona de Salud Concepción, SCMCH a imponentes y sus cargas familiares, desde el 01 al 31.MAR.2017.	1	433.130			433.130
IMPUESTO ADICIONAL \$						0
EXENTO \$						433.130
TOTAL \$						433.130



Timbre Electrónico SII

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

**EGRESOS**

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 433.130.-

5321.49.020.0000 (9501)  
21522.11 950 2020

**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 : **95009 (1897279)**  
 Validez : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
 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
0000301059	1	TIEMPO DE PROTROMBINA	1277	958	0	319
0000301085	1	TIEMPO DE TTPK	1768	1326	0	442
0000101056	1	CONSULTA MEDICA CIRUJANO ADULTO	10113	7585	0	2528
0000301045	1	HEMOGRAMA	2154	1616	0	538
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	699	525	0	174
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>16011</b>	<b>12010</b>	<b>0</b>	<b>4001</b>

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.

**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** : 95014 (1897290)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 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
0009920002	1	EXAMENES	30297	15149	10603	4545
<b>TOTAL GENERAL :</b>			40410	20206	10603	9601

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

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** : 95008 (1897278)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 12712420-5 JACQUELINE . CACERES VILLAGRA  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 9239867-6 JORGE . RAMIREZ ESPINOZA  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : 22117430000  
**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
0009920002	1	EXAMENES	24272	12136	0	12136
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>34385</b>	<b>17193</b>	<b>0</b>	<b>17192</b>

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

12712420-5 JACQUELINE . CACERES VILLAGRA

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** : 95016 (1897293)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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
0009920002	1	EXAMENES	13189	9892	0	3297
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>23302</b>	<b>17477</b>	<b>0</b>	<b>5825</b>

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

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** : 94993 (1897200)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 9661376-8 VILMA LETICIA SAN MARTIN URIBE  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 5633555-2 CARLOS ISAIAS DIAZ PIZARRO  
**Institución** : HOSPVINA FF.PP. CAPREDENA  
**NPI** : 00005633555  
**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

  
\_\_\_\_\_  
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

9661376-8 VILMA LETICIA SAN MARTIN URIBE

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 : **95007 (1897270)**  
Validez : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
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

  
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

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 : **95004 (1897267)**  
 Validez : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
 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 : 8268492-1 ALICIANA DEL CARMEN SEPULVEDA FUENTES  
 Parentesco : SI MISMO  
 Repartición : SIN REPARTICION  
 Responsable: 8268492-1 ALICIANA DEL CARMEN SEPULVEDA FUENTES  
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
 Nº CUENTA : 32010047100  
 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	5696	4272	0	1424
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>5696</b>	<b>4272</b>	<b>0</b>	<b>1424</b>

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

8268492-1 ALICIANA DEL CARMEN SEPULVEDA FUENTES 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** : 95006 (1897269)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 4357471-K ERNESTO SEGUNDO CARVAJAL GARRIDO  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 4357471-K ERNESTO SEGUNDO CARVAJAL GARRIDO  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : 22063171000  
**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

\_\_\_\_\_  
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

4357471-K ERNESTO SEGUNDO CARVAJAL GARRIDO

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** : 95001 (1897259)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 25515806-6 FRANCISCA BELEN MARTINEZ CASTRO  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable**: 18215429-6 MIGUEL ALEJANDRO MARTINEZ SOLIS  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 616016-6  
**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
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

  
\_\_\_\_\_  
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

25515806-6 FRANCISCA BELEN MARTINEZ CASTRO

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** : 95002 (1897262)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 18619008-4 FRANCO SEBASTIA MARQUEZ GARCIA  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 8371899-4 JOSE MANUEL MARQUEZ ALVAREZ  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**NPI** : 00008371899  
**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

  
\_\_\_\_\_  
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

18619008-4 FRANCO SEBASTIA MARQUEZ GARCIA

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 : **94989 (1897191)**  
Validez : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
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 : 2490797-K JAVIER SEGUNDO MORAGA AVILA  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 2490797-K JAVIER SEGUNDO MORAGA AVILA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : 22050185000  
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
0000101301	1	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGIA	18824	14118	0	4706
<b>TOTAL GENERAL :</b>			18824	14118	0	4706

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

2490797-K JAVIER SEGUNDO MORAGA AVILA

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** : 94990 (1897192)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 7405054-9 DORIS MARTA . PARRA CANTO  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable**: 6188942-6 JOSE MARIO MANRIQUEZ VALDEBENITO  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : 22101383000  
**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
0000101301	1	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGIA	18824	9412	0	9412
<b>TOTAL GENERAL :</b>			18824	9412	0	9412

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

7405054-9 DORIS MARTA . PARRA CANTO

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** : 94991 (1897194)  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**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** : 24897625-K CAMILA . FALCON VASQUEZ  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable**: 13603234-8 ENRIQUE EDUARDO FALCON MENDEZ  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 22133120000  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad**: NEUROLOGIA ADULTOS

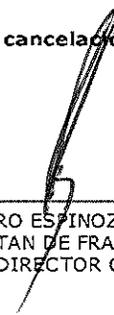
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

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

  
\_\_\_\_\_  
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

24897625-K CAMILA . FALCON VASQUEZ

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 : **94992 (1897197)**  
Validez : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
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 : 4968713-3 RUTH . HERNANDEZ BAEZA  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable: 4968713-3 RUTH . HERNANDEZ BAEZA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : 32038582000  
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
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3543	2658	0	885
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	699	525	0	174
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3236	2427	0	809
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>7478</b>	<b>5610</b>	<b>0</b>	<b>1868</b>

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:

4968713-3 RUTH . HERNANDEZ BAEZA

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** : 95015 ( 1897292 ) *(comp)*  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN****Dirección:** GENERAL NOVOA N°210**Fono** : 311678**Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:**

**Paciente** : 3851243-9 JUAN ESTEBAN ZAPATA APABLAZA  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 3851243-9 JUAN ESTEBAN ZAPATA APABLAZA  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 22065353000  
**Pedida Por** : SIN DATOS DISPONIBLES  
**Especialidad** :

**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
9920002	1	EXAMENES	<del>4100</del> 30901	23176	0	7725
401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	12492	9369	0	3123
<b>TOTAL GENERAL :</b>			43393	32545	0	10848

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2** Dirección  
**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**  
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

\_\_\_\_\_  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

\_\_\_\_\_  
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

**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** : 95017 ( 1897294 )  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN****Dirección:** GENERAL NOVOA N°210**Fono** : 311678**Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:**

**Paciente** : 8238231-3 MARCELA . SOTO AVENDAÑO  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 7718497-K FILIMON DE LA C . ROSALES CAMPOS  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : 22095330000  
**Pedida Por** : SIN DATOS DISPONIBLES  
**Especialidad** :

**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
9920002	1	EXAMENES	36921	18461	0	18460
1701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	9304	4652	0	4652
<b>TOTAL GENERAL :</b>			46225	23113	0	23112

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2 Dirección  
**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**  
 Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

\_\_\_\_\_  
 Firma - Nombre - RUN  
 Beneficiario

  
 \_\_\_\_\_  
 ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
 CAPITAN DE FRAGATA SN  
 SUBDIRECTOR CLINICO

**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** : 95019 ( 1897297 )  
**Validez** : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A CENTRO CLÍNICO MILITAR CONCEPCIÓN**

**Dirección:** GENERAL NOVOA N°210

**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  
**N° CUENTA** : 22095330000  
**Pedida Por** : SIN DATOS DISPONIBLES  
**Especialidad** :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
101056	1	CONSULTA MEDICA CIRUJANO ADULTO	10113	7585	0	2528
9920002	1	EXAMENES	49023	36768	0	12255
1701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	9304	6978	0	2326
<b>TOTAL GENERAL :</b>			68440	51331	0	17109

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2 Dirección  
**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**  
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

\_\_\_\_\_  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

\_\_\_\_\_  
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

**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 : **95020 (1897303)** (comp)  
Validez : Desde el 20/04/2017 al 20/05/2017  
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 : 22332497-5 PAULA VALENTINA SAN MARTIN SALINAS  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : COMANDANCIA GENERAL DEL CUERPO DE INFANTERIA DE MARINA  
Responsable: 11871433-4 LUIS ORLAND SAN MARTIN SOLIS  
Institución : ARMADA  
NPI : 566792-6  
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
0009920002	1	EXAMENES	19714	9857	6899	2958
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	8727	4364	2181	2182
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>38554</b>	<b>19278</b>	<b>9080</b>	<b>10196</b>

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  
-----