

OFICINA DE ENTREGA
11 ABR. 2017
DEPTO. ASISTECIMIENTO



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

RUT 61.607.301-K
FACTURA NO AFECTA
O EXENTA ELECTRONICA
N° 297

S.I.I. - CONCEPCION

Señor(es)	HOSPITAL NAVAL ALMTE.ADRIAZOLA	RUT	61.102.025-2
Giro	HOSPITALES Y CLINICAS	Fecha Emisión	28 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
70102004001	ATENCION AMBULATORIA M.L.E	1	9.730	EX	9.730
70102005001	VENTA MEDICAMENTOS M.L.E (Fernando Aguilera Rebolledo, Pref.736)	1	26	EX	26

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

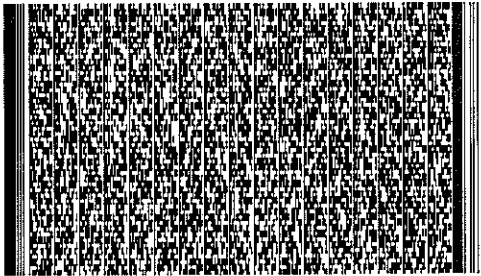
Fecha CHEQUE

Tipos Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTALS		9.756.-

53211.95.000.0000 (5101)
21522.11.950.0000

TOTALES	
Monto Exento	9.756
Total	9.756



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 : 95076 (1898243)
Validez : Desde el 24/04/2017 al 24/05/2017
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 : 3850192-5 FERNANDO . AGUILERA REBOLLEDO
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 3850192-5 FERNANDO . AGUILERA REBOLLEDO
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22065499000
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
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	26	20	0	6
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9730	7298	0	2432
TOTAL GENERAL :			9756	7318	0	2438

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

3850192-5 FERNANDO . AGUILERA REBOLLEDO

Ficha Clínica: