



HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
PRESTACIONES MEDICAS

San Martín 1436 - Concepción
Teléfono 41 272 2500 (Mesa Central)

R.U.T.: 61.602.189- 3
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº 605

S.I.I. - CONCEPCIÓN

26 ABR. 2017	25 ABR. 2017
OFICINA DE PARTES	
DEPTO. ABASTECIMIENTO	

brideigo

Señores	: HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA	R.U.T.	: 61.102.025- 2
Dirección	: MICHIMALONGO S/N - BASE NAVAL	Ciudad	: TALCAHUANO
Giro	: 0	Comuna	: TALCAHUANO
		Guía de despacho	:

Por lo siguiente:

a: SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL CL. REG. CONCEPCIÓN

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310101	DIA CAMA		38.000
4310102	DERECHO PABELLON		125.850
4310103	EXAMENES		154.100
4310106	PROTESIS		35.819
4310105	MEDICAMENTOS		215.551
POR ATENCION MEDICA A PACIENTES AFILIADOS VALOR CORRESPONDE A 02 ORDENES ADJUNTAS. PCTE: MAXIMO TORRES FR:2185			

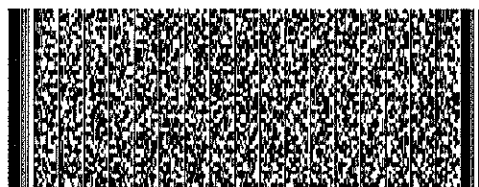
EGRESOS		
CODIGO LU.RP	2010	
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
11		

53211.95.050.8550 (901)
21522 11 950 0050

Son: QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS.

TOTAL \$ 569.320.-

MONTO EXENTO	\$	569.320
MONTO TOTAL	\$	569.320



Timbre Electronico SII
Res. Nº 50 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

autorización AFSA nº 1547 del 10-04-2017.

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 : 95265 (1900432)
Validez : Desde el 27/04/2017 al 27/05/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
Dirección : SAN MARTIN, CONCEPCION
Fono : 224280

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

Paciente : 6035413-8 MAXIMO JORGE . TORRES SEPULVEDA
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 6035413-8 MAXIMO JORGE . TORRES SEPULVEDA
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22098340000
Pedida Por : JOAQUÍN ARANGO NIETO
Especialidad : CIRUGÍA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000202008	1	DIA CAMA DE OBSERVACION	38000	28500	9500	0
0000402008	1	COLANGIOPANCREATOGRFIA ENDOSCOPICA	41000	30750	10250	0
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	35819	26865	8954	0
0001801036	1	PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA (+ 1801018 Y 402008)	125850	94388	31462	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	215551	161664	53887	0
TOTAL GENERAL :			456220	342167	114053	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

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 CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 91808 (1852153)
Validez : Desde el
Tipo : AMBULATORIA

10 ABR 2008



A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE
Dirección : SAN MARTIN, CONCEPCION
Fono : 224280

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

Paciente : 13095875-3 NATALIA ESTER CASTILLO CASTILLO
Parentesco : CONYUGE
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable : 12796237-5 MIGUEL ANGEL CID AZOCAR
Institución : ARMADA
NPI : 597397-5
Pedida Por : RENE MATAMALA
Especialidad : TRAUMATOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501103	1	CINTIGRAMA OSEO COMPLETO	113100	56550	39585	16965
TOTAL GENERAL :			113100	56550	39585	16965

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

