



HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
PRESTACIONES MEDICAS

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

09 AGO. 2017

INGRESO FACTURABLE

OFICINA DE PLANIFICACION

27 JUL. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

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

Nº 1717

S.I.L. - CONCEPCION

asepulveda

Concepción, 24-Julio-2017

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

Por lo siguiente:

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

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310101	DIA CAMA		38.000
4310102	DERECHO PABELLON		125.850
4310103	EXAMENES		383.100
4310104	CONSULTA MEDICA		2.040
4310105	MEDICAMENTOS		370.030
POR ATENCION MEDICA A PACIENTES BENEFICIARIOS SON 05 ORDENES ADJUNTAS (97697/97132/97275/97618/97739) FR. 4028			

EGRESOS

SON NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS.

53211 99.030.0000 (950)
21522 11 950 0050

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM

TAREA

MONTO

TOTALS 919.020.-

MONTO EXENTO	S	919.020
MONTO TOTAL	S	919.020



Res. Nº 50 de 2014 - Verifique documento: www.sil.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 : 97275 (1929314)
Validez : Desde el 30/06/2017 al 30/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

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 :
Parentesco :
Repartición :
Responsable :
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22065085000
Pedida Por : CLAUDIO PARRA DIAZ
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501103	1	CINTIGRAMA OSEO COMPLETO	113100	84825	0	28275
TOTAL GENERAL :			113100	84825	0	28275

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 FRASATA 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

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 : 97182 (1928843)
Validez : Desde el 29/06/2017 al 29/07/2017
Tipo : AMBULATORIA

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 : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : CLAUDIO PARRA DIAZ
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501103	1	CINTIGRAMA OSEO COMPLETO	113100	84825	0	28275
TOTAL GENERAL :			113100	84825	0	28275

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

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 : 97618 (1934768)
Validez : Desde el 12/07/2017 al 11/08/2017
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 :
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable :
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA :
Pedida Por : WILLIMAS NEILSON
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501102	1	CINTIGRAFIA GLANDULAS PARATIROIDES	115900	57950	57950	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	144180	72090	72090	0
TOTAL GENERAL :			260080	130040	130040	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.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

1/9/2017

Imprimir Carta Orden

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 : 97697 (1935583)
Validez : Desde el 14/07/2017 al 13/08/2017
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 :
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable :
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA :
Pedida Por : ROBINSON CORRAL BOBADILLA
Especialidad : .

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	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA	41000	30750	10250	0
0003002203	1	PABELLON 3	67500	50625	16875	0
0001801036	1	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS BILIARES O PANCREATICOS	125850	94388	31462	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	158350	118763	39587	0
TOTAL GENERAL :			430700	323026	107674	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

Quitzado con peso 3.141 del 28/9/17.

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 : 97739 (1936819)
Validez : Desde el 18/07/2017 al 17/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

(Completado) (1966678)

A : 76018992-8 CLINICA UNIVERSITARIA DE CONCEPCION S.A.
Dirección : AV. JORGE ALESSANDRI N° 2047
Fono : (41)2666000

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

Paciente :
Parentesco : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI :
Pedida Por : RECTOR FERNANDEZ AZOCAR
Especialidad : CIRUGIA INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	2040	1020	510	510
TOTAL GENERAL :			2040	1020	510	510

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

Ficha Clínica: