



# Servicio de Salud Valdivia Hospital de Corral

Giro: Servicios Hospitalarios  
Avda. Marinero 2° Elias Huerta N° 200  
San Carlos  
Fono: 632 265571 - 632 265580

**CORRAL**

14 SET. 2017  
INSTRUMENTOS

**R.U.T.: 61.607.505 - 5**

**Factura de Venta y Servicios  
Exentas y/o no afectas a IVA**

**Nº 001319**

S.I.I. VALDIVIA

Corral, 21 de agosto 2017

Señor (es): Hospital Naval Almirante Abuzada R.U.T.: 61.102.025-2  
 Dirección: Michimalongo s/n Las Canchas Comuna: Talcahuano  
 Giro: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_ Ciudad: Talcahuano  
 Cond. Venta: 30 días O/Compra: \_\_\_\_\_ Nº Nómina: 78

Por lo siguiente:

DEBE

CANTIDAD	DETALLE	P. Unitario	TOTAL
	Por prestación asistencial otorgadas a pacientes segun nómina adjunta		
	Imputación		
07.02.002.002	Procedimientos		\$ 45.185.-
07.02.003.002	Exámenes		\$ 22.168.-
07.02.004.002	At. Médico		\$ 169.816.-
EGRESOS 07.02.005.002	Uta Medicamentos		\$ 12.935.-
07.02.007	traslados		\$ 0.-
			<b>\$ 250.404.-</b>
CODIGO UICP	2010		
Nº CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Tipo Fondos	53211 99.000.0550 (S10.)		
ITEM	TAREA	MONTO	
		21522 11 990 2000	
TOTAL	\$ 250.404		

SON: Doscientos cincuenta mil, Cuatrocientos Cuatro pesos S.E.u.O.

TOTAL \$

250.404.-

NOMBRE: \_\_\_\_\_

R.U.T.: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

RECINTO: \_\_\_\_\_

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 se entregó de mercaderías 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** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 23750 (1931414)  
**Validez** : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	2370	0	0	2370
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17355	14985	0	2370

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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23749 (1931411)**  
 Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
 Parentesco : **SI MISMO**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : XXXXXXXXXX  
 Institución : **ARMADA**  
 NPI : XXXXXXXXXX  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	344	0	0	344
<b>TOTAL GENERAL :</b>			15329	14985	0	344

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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD]

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 23746 (1931394)  
**Validez** : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9983	4992	0	4991
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	9983	4992	0	4991

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



*[Handwritten signature]*

\_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 23745 (1931391)  
**Validez** : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO PUERTO NATALES  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	169	85	0	84
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	9814	4907	0	4907
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>9983</b>	<b>4992</b>	<b>0</b>	<b>4991</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



*[Handwritten Signature]*  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23737 (1931323)**  
 Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **CONYUGE**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
0009920002	1	EXAMENES	11234	5617	0	5617
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>26219</b>	<b>13110</b>	<b>0</b>	<b>13109</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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 23738 (1931327)  
**Validez** : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

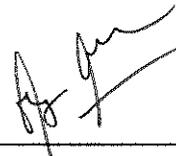
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
0009920002	1	EXAMENES	11234	5617	0	5617
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26219	13110	0	13109

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



  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASÉSOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23739 (1931334)**  
 Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	3712	0	0	3712
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>18697</b>	<b>7493</b>	<b>0</b>	<b>11204</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



*[Handwritten Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
**PEDRO SUAZO LOYOLA**  
**SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)**  
**ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD**

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23740 (1931344)**  
 Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
0009920002	1	EXAMENES	46986	23493	0	23493
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>61971</b>	<b>30986</b>	<b>0</b>	<b>30985</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



*[Handwritten Signature]*  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 23741 (1931349)  
**Validez** : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPTANÍA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	1801	0	0	1801
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>16786</b>	<b>7493</b>	<b>0</b>	<b>9293</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



*[Handwritten Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 23742 (1931358)  
**Validez** : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	330	0	0	330
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	14985	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			15315	14985	0	330

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



*[Handwritten Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD:

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23743 (1931363)**  
 Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	1801	0	0	1801
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	7493	0	7492
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>16786</b>	<b>7493</b>	<b>0</b>	<b>9293</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



  
 \_\_\_\_\_  
**PEDRO SUAZO LOYOLA**  
**SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)**  
**ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI**

**ARMADA DE CHILE**  
 DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
 ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23736 (1931320)**  
 Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607505-5 HOSPITAL DE CORRAL**  
 Dirección :  
 Fono :

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  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
 Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	14985	11239	0	3746
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	776	0	0	776
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>15761</b>	<b>11239</b>	<b>0</b>	<b>4522</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



*[Handwritten signature]*

\_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI