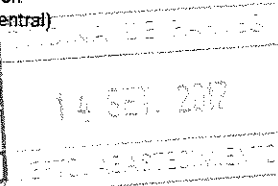
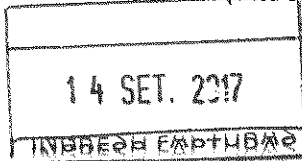




HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
PRESTACIONES MEDICAS

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



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

Nº 2081

S.I.L - CONCEPCIÓN

sepulveda

Concepción, 12-Septiembre-2017

Señores : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Dirección : MICHIMALONGO S/N - BASE NAVAL Comuna: TALCAHUANO
Giro : 0

R.U.T. : 61.102.025- 2
Ciudad : TALCAHUANO
Guía de despacho :

Por lo siguiente:

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

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310103	EXAMENES		116.270
	POR ATENCION		
	PCTE [REDACTED] RDEN: 98262		

Son: CIENTO DIECISEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS.

EGRESOS

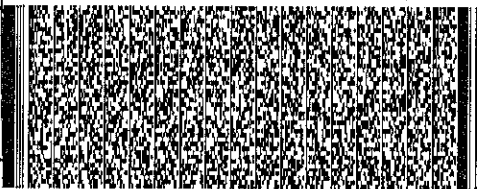
CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		



Timbre Electronico SII
Res. Nº 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

MONTO EXENTO	\$	116.270
MONTO TOTAL	\$	116.270

TOTAL \$

116.270.

1.502.11.95.050.8880 (9001)
21522.11 950 8080

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 : 98262 (1946409)
Validez : Desde el 08/08/2017 al 07/09/2017
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 : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 6664273-8 FRANCISCO ALFREDO REYES PINEDA
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : MARIO SEGUEL B.
Especialidad : REUMATOLOGO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501103	1	CINTIGRAMA OSEO COMPLETO	116270	58135	0	58135
TOTAL GENERAL :			116270	58135	0	58135

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: