



HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
PRESTACIONES MEDICAS

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

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

Nº 2120

S.I.L. - CONCEPCIÓN

20 SET. 2017

20 SET. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

sserpulveda

INGRESO FACTURAS

Concepción, 14-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
4310104	CONSULTA MEDICA POR ATENCION		5.730

EGRESOS

Son: CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS.

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

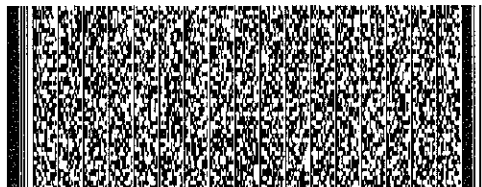
Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
------	-------	-------

TOTAL \$ 5.730.

MONTO EXENTO	\$	5.730
MONTO TOTAL	\$	5.730



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

5321.95.000 8880 (9.01)
2152.11 950 8000

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 : 98499 (1950244)
Validez : Desde el 18/08/2017 al 17/09/2017
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 : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : HECTOR 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	5730	2865	1432	1433
TOTAL GENERAL :			5730	2865	1432	1433

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

24958594-7 RENATA PASCAL CASTRO VALVERDE

Ficha Clínica: