

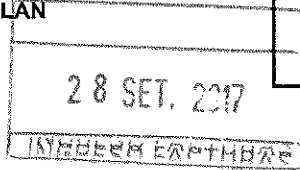
**HOSPITAL CLINICO
HERMINDA MARTIN**
HOSPITAL
FRANCISCO RAMIREZ 10, CHILLAN

R.U.T.: 61.607.001-0
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N° 2625

S.I.I. - CHILLAN

Domingo 24 de septiembre del 2017

R.U.T. : 61.102.025-2
Señor(es) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Giro : HOSPITALES Y CLINICAS
Dirección : MICHIMALONGO S-N LAS CANCHAS, TALCAHUANO



Código	Item	Cant.	P. unitario	Total item
431-01-01-04	DIA CAMA	1	743.260	743.260
431-01-03-04	EXAMENES	1	120.850	120.850
431-01-04-04	ATENCION AMBULATORIA	1	30.850	30.850
431-01-05-04	VENTA MEDICAMENTOS	1	13.340	13.340
FACTURACIÓN A [REDACTED] SEGÚN ORDEN N°22/17 POR HOSPITALIZACIÓN MEDICINA. DETALLES ANEXOS CTA N°16546586.-				

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

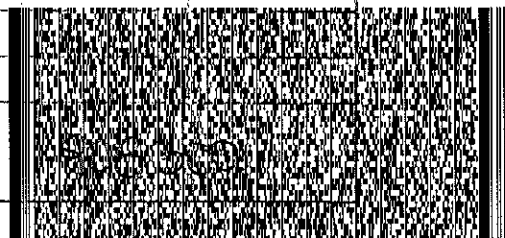
Tipo Fondos

5324.98.000.0000 (900.)
2152 11 950 0000

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

TOTAL \$

Exento \$: 908.300
Total \$: 908.300



Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014
Verifique documento: www.sii.cl

Autorización AFSA n° 8411 del 04-10-2017

EN CASO DE MOROSA O SIMPLE RETARDO EN EL PAGO DE LAS OBLIGACIONES DE ESTE DOCUMENTO, SE AUTORIZA SU PUBLICACION EN BOLETIN ELECTRONICO DICOM

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

Fot 2625

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 99500 (1971276)
Validez : Desde el 06/10/2017 al 05/11/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXX
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: XXXXXXXXXX
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : XXXXXXXXXX
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101009	1	CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO	30850	23138	7712	0
0000202201	7	DIA CAMA HOSPITALIZACION U.T.I/U.C.I./COR.ADU	727790	545843	181947	0
0009920002	1	EXAMENES	136320	102240	34080	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	13340	10005	3335	0
TOTAL GENERAL :			908300	681226	227074	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.

Autorización ASO n° 841 del 06-10-2017