



**SERVICIO DE SALUD DE
TALCAHUANO HOSPITAL**

Giro: HOSPITAL Y CLINICAS
ALTO HORNO 777 - TALCAHUANO
eMail : VIVIANAC.MUNOZ@REDSALUD.GOV.CL
Telefono :

R.U.T.:61.607.202- 1

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº2393

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
R.U.T.: 61.102.025- 2
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO
CONTACTO:

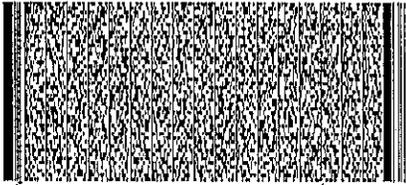
S.I.I. - TALCAHUANO

Fecha Emision: 08 de Agosto del 2017

22 ABO. 2017
IMPUESTO ELECTRONICO

| Codigo | Descripcion | Cantidad | Precio | %Impto Adic.* | %Desc. | Valor |
|---|------------------------|----------|-----------|---------------|--------|-----------|
| 11-00.000 | D° PABELLON | 1 | 73.400 | | | 73.400 |
| 03-00.000 | EX. LABORATORIO | 1 | 732.760 | | | 732.760 |
| 04-00.000 | EX. IMAGENOLOGIA | 1 | 49.545 | | | 49.545 |
| 01-00.000 | CONSULTA MEDICA | 1 | 405.004 | | | 405.004 |
| - | MEDICAMENTOS E INSUMOS | 1 | 1.030.255 | | | 1.030.255 |
| PRESTACIONES OTORGADAS A BENEFICIARIOS SEGÚN CONVENIO | | | | | | |

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0
EXENTO \$ 2.290.964
TOTAL \$ 2.290.964



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

| ITEM | TARIFA | IMPORTE |
|------|--------|---------|
| 11 | | |
| | | |
| | | |

53211 99 050 0000 (9101)
21512 11 950 0000

TOTAL \$ 2.290.964.-

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 : **95220 (1899982)**
 Validez : Desde el 26/04/2017 al 26/05/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
 Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
 Fono :

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

Paciente : **[REDACTED]**
 Parentesco : **NIETOS**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable: **[REDACTED]**
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
 N° CUENTA : **[REDACTED]**
 Pedida Por : **PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE**
 Especialidad: **MEDIC INFANTIL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|-------------|--------------|----------------|----------|-------------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 14480 | 7240 | 0 | 7240 |
| TOTAL GENERAL : | | | 14480 | 7240 | 0 | 7240 |

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 SIN
 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

[REDACTED]

Ficha Clínica:

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 : **96214 (1913141)**
 Validez : Desde el 25/05/2017 al 24/06/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
 Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
 Fono :

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

Paciente : **[REDACTED]**
 Parentesco : **SI MISMO**
 Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE TALCAHUANO**
 Responsable : **[REDACTED]**
 Institución : **ARMADA**
 NPI : **[REDACTED]**
 Pedida Por : **PAMELA ACOSTA VASQUEZ**
 Especialidad : **NEFROLOGÍA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|-------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 1717 | 1717 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL : | | | 1717 | 1717 | 0 | 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:

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 : 95385 (1902718)
Validez : Desde el 03/05/2017 al 02/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
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
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : WILLIMAS NEILSON
Especialidad: MEDICINA GENERAL

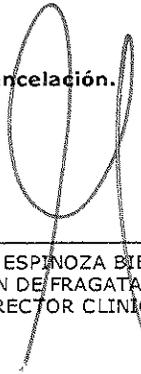
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|---------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000307012 | 1 | TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS | 1727 | 1296 | 0 | 431 |
| TOTAL GENERAL : | | | 1727 | 1296 | 0 | 431 |

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

[REDACTED]

Ficha Clínica:

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 : 95170 (1899349)
Validez : Desde el 25/04/2017 al 25/05/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente :
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable:
Institución : ARMADA
NPI :
Pedida Por : PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE
Especialidad: MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|-------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 14480 | 7240 | 5068 | 2172 |
| TOTAL GENERAL : | | | 14480 | 7240 | 5068 | 2172 |

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

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 : **97394 (1931683)**
Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : **ALTO HORNO, TALCAHUANO**
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**
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : **WILLIMAS NEILSON**
Especialidad : **MEDICINA GENERAL**

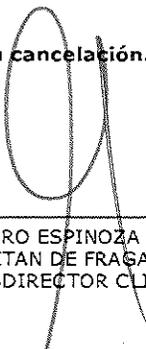
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|---------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000307012 | 1 | TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS | 1727 | 1296 | 0 | 431 |
| TOTAL GENERAL : | | | 1727 | 1296 | 0 | 431 |

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

[REDACTED]

Ficha Clínica:

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 : 93132 (1870265)
Validez : Desde el 10/02/2017 al 12/03/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
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 : WILLIMAS NEILSON
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|------------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920004 | 1 | FARMACOS Y/O INSUMOS | 173480 | 86740 | 0 | 86740 |
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 111700 | 55850 | 0 | 55850 |
| 0000101516 | 2 | CONSULTA NEFROLOGO | 46800 | 23400 | 0 | 23400 |
| 0009920003 | 1 | TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS | 37600 | 18800 | 0 | 18800 |
| TOTAL GENERAL : | | | 369580 | 184790 | 0 | 184790 |

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.

Autuogado APPA N° 20123 del 05-01-2017

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 : 94367 (1887386)
Validez : Desde el 28/03/2017 al 27/04/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
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
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : WILLIMAS NEILSON
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|----------------------|------|------------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 93200 | 46600 | 0 | 46600 |
| 0009920004 | 1 | FARMACOS O INSUMOS | 159862 | 79931 | 0 | 79931 |
| 0000101516 | 1 | CONSULTA NEFROLOGO | 23400 | 11700 | 0 | 11700 |
| 0009920003 | 1 | TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS | 18800 | 9400 | 0 | 9400 |
| TOTAL GENERAL | | | 295262 | 147631 | 0 | 147631 |

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

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 : 94366 (1887369)
Validez : Desde el 28/03/2017 al 27/04/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
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 : WILLIMAS NEILSON
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|---------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 247300 | 123650 | 0 | 123650 |
| 0009920004 | 1 | FARMACOS O INSUMOS | 167680 | 83840 | 0 | 83840 |
| 0000101516 | 3 | CONSULTA NEFROLOGO | 70200 | 35100 | 0 | 35100 |
| 0009920003 | 1 | TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS | 56400 | 28200 | 0 | 28200 |
| TOTAL GENERAL : | | | 541580 | 270790 | 0 | 270790 |

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

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 : 95953 (1910053)
Validez : Desde el 18/05/2017 al 17/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
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 : WILLIMAS NEILSON
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|---------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 81530 | 40765 | 0 | 40765 |
| 0009920004 | 1 | FARMACOS O INSUMOS | 318423 | 159212 | 0 | 159211 |
| 0009920003 | 1 | TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS | 41940 | 20970 | 0 | 20970 |
| TOTAL GENERAL : | | | 441893 | 220947 | 0 | 220946 |

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:

[REDACTED]

Ficha Clínica:

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 : 92222 (1857245)
Validez : Desde el 04/01/2017 al 03/02/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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 |
|------------------------|------|---------------------------------|---------------|----------------|----------|--------------|
| 0000101516 | 2 | CONSULTA NEFROLOGO | 46800 | 23400 | 0 | 23400 |
| 0009920003 | 1 | TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS | 18800 | 9400 | 0 | 9400 |
| 0009920004 | 1 | FARMACOS Y/O INSUMOS | 2601 | 1301 | 0 | 1300 |
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 109400 | 54700 | 0 | 54700 |
| TOTAL GENERAL : | | | 177601 | 88801 | 0 | 88800 |

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.

Autoguar AFPD n° 28423 del 02-12-2016

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 : 90831 (1840872)
Validez : Desde el 21/11/2016 al 21/12/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607202-1 HOSPITAL HIGUERAS
Dirección : ALTO HORNO, TALCAHUANO
Fono :

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

Paciente :
Parentesco : S. MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE TALCAHUANO
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI :
Pedida Por : PAMELA ACOSTA VASQUEZ
Especialidad : NEFROLOGÍA

Se solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|---------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 35400 | 35400 | 0 | 0 |
| 0009920003 | 1 | TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS | 73400 | 73400 | 0 | 0 |
| 0009920004 | 1 | FARMACOS Y/O INSUMOS | 42724 | 42724 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL : | | | 151524 | 151524 | 0 | 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.

Autopsia AFP N° 27981 del 12-10-2016
INFORME MEDICO

Paciente:
Ficha Clínica: