



**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA  
HOSPITAL BASE**

Giro: SALUD  
BUERAS 1003 - VALDIVIA  
eMail : LUIS.VILLA@REDSALUD.GOV.CL  
Telefono :

**R.U.T.:61.607.502- 0**  
**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**  
**Nº2336**

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:

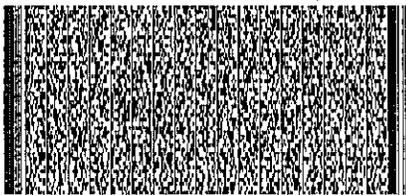
S.I.I. - VALDIVIA

Fecha Emisión: 17 de Julio del 2017.

11 SET. 2017  
IMPRESA ELECTRONICA

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
0702001004-431010104	DIA CAMA PART.	1	371.520			371.520
0702002004-431010204	PABELLON PART.	1	278.610			278.610
0702003004-431010304	EXAMENES PART.	1	1.519.400			1.519.400
0702004004-431010404	AT. MEDICA PART.	1	919.880			919.880
0702005004-431010504	MEDICAMENTOS PART. PRESTACIONES ASISTENCIALES SEGÚN ORDENES DE ATENCION ADJUNTAS RENDICION 014	1	70.930			70.930

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0  
EXENTO \$ 3.160.340  
TOTAL \$ 3.160.340



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

EGRESOS		
CODIGO CURP 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondo		
11		
TOTAL \$ 3.160.340.-		

3324. 99.050.0000 (9501)  
21522. 11 990 8000

**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** : 23187 (1902198)  
**Validez** : Desde el 03/05/2017 al 02/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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** : YARITZA LEAL M.  
**Especialidad** : MATRONA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404122	1	ECOTOMOGRAFIA DOPPLER DE VASOS PLACENTARIOS	62910	31455	22018	9437
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	42170	21085	14759	6326
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>105080</b>	<b>52540</b>	<b>36777</b>	<b>15763</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** : 23616 (1924494)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

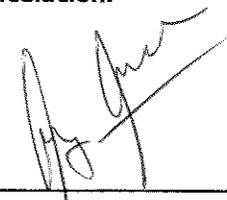
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	/ 16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	/ 16205	0	16205

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** : 23622 (1924521)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED] EDDSON DAVID REVAS ARNEBA  
**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	32410	16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	16205	0	16205

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** : 23617 (1924497)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

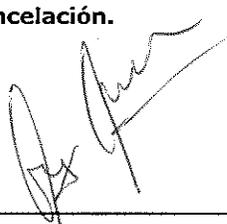
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	/ 16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	/ 16205	0	16205

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** : 23620 (1924507)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**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	32410	16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	16205	0	16205

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** : 23624 (1924585)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CENTRAL ODONTOLOGICA MAGALLANES  
**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	32410	/ 16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	/ 16205	0	16205

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** : 23458 (1916531)  
**Validez** : Desde el 02/06/2017 al 02/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. PAULA LEHMANN F.  
**Especialidad** : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	22270	11135	7794	3341
0000501117	1	CINTIGRAMA RENAL CON D.M.S.A.	44710	22355	15648	6707
<b>TOTAL GENERAL :</b>			66980	33490	23442	10048

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 : **24035 (1946244)**  
 Validez : Desde el 08/08/2017 al 07/09/2017  
 Tipo : **HOSPITALIZADA**

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
 Dirección : **SIMPSON N° 850 VALDIVIA**  
 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
0000200001	1	HOSPITALIZACIÓN	46540	34905	11635	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			46540	34905	11635	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



  
 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** : 23304 (1907940)  
**Validez** : Desde el 15/05/2017 al 14/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

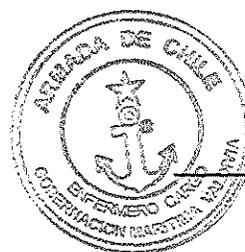
**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**Responsable** : ALEJANDRO ALEJOS GRANDON DIAZ  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. DANIELA UBILLA M.  
**Especialidad** : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000309022	1	ORINA COMPLETA	3810	1905	1333	572
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	3850	1925	1347	578
0000302035	1	NIVELES PLASMATICOS DE FARMACOS	6070	3035	2124	911
0009920002	1	EXAMENES	11440	5720	4003	1717
0000302005	1	ACIDO URICO EN SANGRE	1750	875	612	263
0000302032	1	ELECTROLITOS	1580	790	553	237
0000301045	1	HEMOGRAMA	3890	1945	1361	584
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	1690	845	591	254
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	1690	845	591	254
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1710	855	598	257
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>37480</b>	<b>18740</b>	<b>13113</b>	<b>5627</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.



*[Handwritten Signature]*  
 PEDRO SUAZO LOYOLA

**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 : **23627 (1924640)**  
 Validez : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
 Dirección : SIMPSON Nº 850 VALDIVIA  
 Fono :

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

Paciente : **[REDACTED]**  
 Parentesco : SI MISMO  
 Repartición : ESCUELA DE GRUMETES ALEJANDRO NAVARRETE CISTERNA  
 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	32410	32410	0	0
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	4110	/ 0	0	4110
<b>TOTAL GENERAL :</b>			36520	/ 32410	0	4110

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 2º (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 : **23625 (1924594)**  
 Validez : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
 Dirección : **SIMPSON N° 850 VALDIVIA**  
 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
0009920002	1	EXAMENES	3960	2970	0	990
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	31500	23625	0	7875
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	<b>35460</b>	<b>26595</b>	<b>0</b>	<b>8865</b>

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61.102025-2  
 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:

con examen en  
examen

**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 : **22905 (1887645)**  
Validez : Desde el 29/03/2017 al 28/04/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
Dirección : **SIMPSON N° 850 VALDIVIA**  
Fono :

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

Paciente : [Redacted]  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**  
Responsable : [Redacted]  
Institución : **ARMADA**  
NPI : [Redacted]  
Pedida Por : **DR. KARIN GROB B.**  
Especialidad : **MED. ESPECIALIDAD**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001707002	1	ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONCODILATADOR	28850	14425	7212	7213
<b>TOTAL GENERAL :</b>			28850	14425	7212	7213

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.

[Redacted Signature]  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

[Circular Seal: ARMADA DE CHILE, GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA, ESPESIMERO CHIRRE]  
[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 : **23628 (1924644)**  
 Validez : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A** : **61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
 Dirección : **SIMPSON N° 850 VALDIVIA**  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **SI MISMO**  
 Repartición : **LSG 1610 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
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	21020	/ 21020	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			21020	/ 21020	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



*[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** : 23190 (1902289)  
**Validez** : Desde el 03/05/2017 al 02/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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** : YARIZA LEAL MALDONADO  
**Especialidad** : MATRONA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	5690	2845	1991	854
0000404002	1	ECOGRAFIA OBSTETRICA	8470	4235	2964	1271
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14160	7080	4955	2125

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 : **23768 (1932482)**  
 Validez : Desde el 07/07/2017 al 06/08/2017  
 Tipo : **HOSPITALIZADA**

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
**Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **CENTRAL ODONTOLOGICA MAGALLANES**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **ARMADA**  
 NPI : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

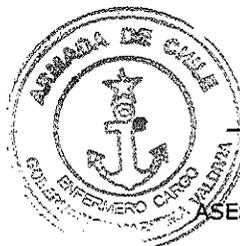
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000200001	1	HOSPITALIZACIÓN	522850	261425	261425	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			522850	261425	261425	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



*[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** : 23630 (1924912)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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	32410	24308	0	8102
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	199320	/ 149490	0	49830
<b>TOTAL GENERAL :</b>			231730	/ 173798	0	57932

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 : **23769 (1932502)**  
 Validez : Desde el 07/07/2017 al 06/08/2017  
 Tipo : HOSPITALIZADA

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
 Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
 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
0000200001	1	HOSPITALIZACIÓN	885680	442840	442840	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			885680	442840	442840	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



  
 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 : 23191 (1902295)  
 Validez : Desde el 03/05/2017 al 02/06/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

3

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA****Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA****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 : YARIZA LEAL MALDONADO  
 Especialidad : MATRONA

**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0002001009	1	MONITOREO BASAL CON INFORME	9780	4890	2445	2445
<b>TOTAL GENERAL :</b>			9780	4890	2445	2445

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 : **23099 (1898360)**  
 Validez : Desde el 24/04/2017 al 24/05/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
**Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN**  
 NPI : [REDACTED]  
 Pedida Por : **DR. BLAZ LESINA B.**  
 Especialidad : **MED. CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000403016	1	TAC DE PELVIS	154300	77150	54005	23145
<b>TOTAL GENERAL :</b>			154300	77150	54005	23145

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.

[REDACTED]

Firma - Nombre - RUN  
 Beneficiario

*[Handwritten signature]*



*[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 : **23098 (1898357)**  
 Validez : Desde el 24/04/2017 al 24/05/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
 Dirección : **SIMPSON N° 850 VALDIVIA**  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN**  
 NPI : [REDACTED]  
 Pedida Por : **DR. BLAZ LESINA B.**  
 Especialidad : **MED. CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000403014	1	TAC.ABDOMEN SUPERIOR	268500	/ 134250	93975	40275
<b>TOTAL GENERAL :</b>			268500	/ 134250	93975	40275

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.

[REDACTED]

Firma - Nombre - RUN  
 Beneficiario

[REDACTED]



[REDACTED]  
 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** : 23409 (1914237)  
**Validez** : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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** : DRA. ADRIANA INCER G.  
**Especialidad** : PEDIATRA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26750	13375	0	13375

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** : 23421 (1914446)  
**Validez** : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DR. JUAN PEREZ P.  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26750	13375	0	13375

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.

[REDACTED]

Firma - Nombre - RUN  
 Beneficiario



[REDACTED]

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** : 23331 (1909156)  
**Validez** : Desde el 17/05/2017 al 16/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DR. JUAN PEREZ P.  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

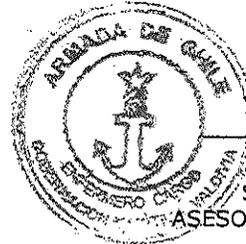
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	19230	9615	0	9615
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	7520	3760	0	3760
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>26750</b>	<b>13375</b>	<b>0</b>	<b>13375</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.

[REDACTED]  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario



[REDACTED]  
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** : 23192 (1902308)  
**Validez** : Desde el 03/05/2017 al 02/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26750	13375	0	13375

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** : 23135 (1899715)  
**Validez** : Desde el 26/04/2017 al 26/05/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DRA. PAULA LEHMANN F.  
**Especialidad** : NEFROLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26750	13375	0	13375

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** : 23184 (1902002)  
**Validez** : Desde el 02/05/2017 al 01/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXX  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : XXXXXXXXXX  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**NPI** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

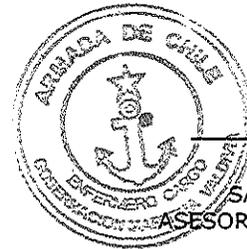
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	7520	3760	0	3760
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	19230	9615	0	9615
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26750	13375	0	13375

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** : 23618 (1924499)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON Nº 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : XXXXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

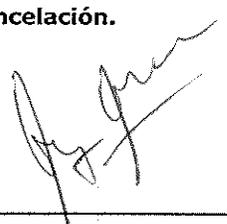
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	/ 16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	/ 16205	0	16205

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** : 23621 (1924509)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON Nº 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**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	32410	/ 16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	/ 16205	0	16205

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