



**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**

Nº2708

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:

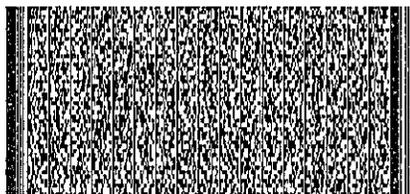
S.I.I. - VALDIVIA

Fecha Emision: 05 de Julio del 2017

10 A60. 2317

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
0702003004-431010304	EXAMENES PART.	1	118.450			118.450
0702004004-431010404	AT. MEDICA PART. PRESTACIONES ASISTENCIALES SEGÚN ORDENES DE ATENCION ADJUNTAS RENDICION 012	1	259.280			259.280
IMPUESTO ADICIONAL \$						0
EXENTO \$						377.730
TOTAL \$						377.730



Timbre Electrónico SII

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

EGRESOS

CODIGO LU.RR 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		344.730.-

53211.99.050.0000 (9.000)
21522.11.950.0000

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 : 23424 (1914455)
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 : 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 :

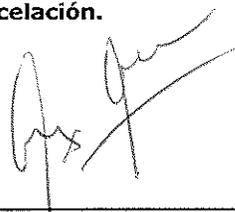
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	14160	7080	4956	2124
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
TOTAL GENERAL :			46570	23285	4956	18329

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 : 23422 (1914450)
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 : CAPITANIA DE PUERTO 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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	43590	21795	15256	6539
TOTAL GENERAL :			76000	38000	15256	22744

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 : 23423 (1914452)
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 : CENTRAL ODONTOLOGICA MAGALLANES
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

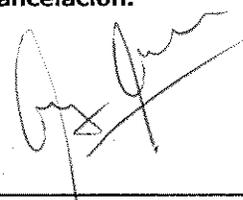
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	43590	21795	15256	6539
TOTAL GENERAL :			76000	38000	15256	22744

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 CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
 Número : 23430 (1914467)
 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 : 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 :

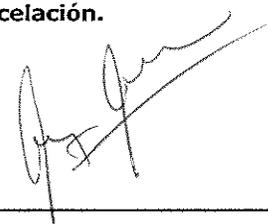
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	24308	0	8102
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	4110	0	0	4110
TOTAL GENERAL :			36520	24308	0	12212

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 : 23428 (1914463)
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 : CENTRAL ODONTOLOGICA MAGALLANES
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

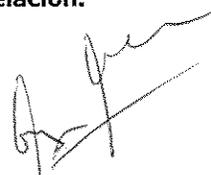
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
0009920002	1	EXAMENES	4820	2410	1687	723
TOTAL GENERAL :			37230	18615	1687	16928

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 : 23429 (1914464)
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 : 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
TOTAL GENERAL :			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 GÖB. MARIT.VALDI