

**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 : **23540 (1921185)**  
Validez : Desde el 13/06/2017 al 13/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**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 : **LUISA HERRERA FUENTES**  
Especialidad : **MED. GINECOLOGIA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401010	1	MAMOGRAFIA BILATERAL (4 EXP.)	14990	7495	0	7495
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14990	7495	0	7495

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 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 : **23573 (1921858)**  
Validez : Desde el 14/06/2017 al 14/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**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 : **DRA. PAOLA JARA A.**  
Especialidad : **MED. CIRUJANO**

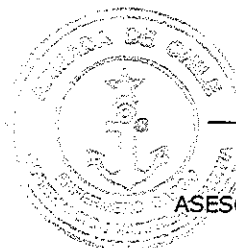
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	867	434	0	433
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
0000303017	2	INSULINA/TEST DE SACARINA	7656	3828	0	3828
0009920002	1	EXAMENES	246	123	0	123
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>9579</b>	<b>4790</b>	<b>0</b>	<b>4789</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



**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 : **23491 (1918638)**  
Validez : Desde el 07/06/2017 al 07/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : **CONYUGE**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : **DRA. PAOLA JARA A.**  
Especialidad : **MED. CIRUJANO**

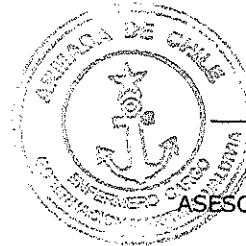
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

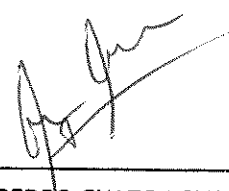
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401060	2	HOMBRO FEMUR RODILLA PIERNA COSTILLA O ES	13822	6911	0	6911
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	13822	6911	0	6911

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.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 : **23499 (1919068)**  
 Validez : Desde el 08/06/2017 al 08/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXXXX  
 Parentesco : **CONYUGE**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : XXXXXXXXXXXX  
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
 N° CUENTA : XXXXXX  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

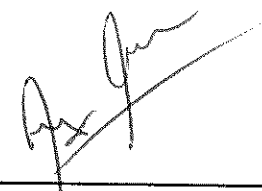
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101062	1	CONSULTA MEDICA GINECOLOGIA	13600	6800	0	6800
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	4302	0	4302
0000801001	1	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE (PAP)	4826	2413	0	2413
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>27030</b>	<b>13515</b>	<b>0</b>	<b>13515</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



  
**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 : **23541 (1921187)**  
Validez : Desde el 13/06/2017 al 13/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : **CONYUGE**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : **LUISA HERRERA FUENTES**  
Especialidad : **MED. GINECOLOGIA**

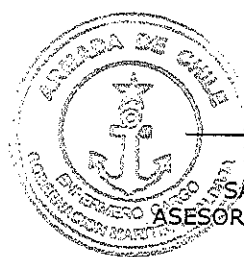
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404005	1	ECOTOMOGRAFIA TRANSV. TRAN	16351	8176	0	8175
<b>TOTAL GENERAL :</b>			16351	8176	0	8175

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 : **23471 (1917720)**  
Validez : Desde el 06/06/2017 al 06/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**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 : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

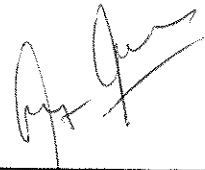
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	3957	0	3957

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



  
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 : 23515 (1920035)  
Validez : Desde el 12/06/2017 al 12/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

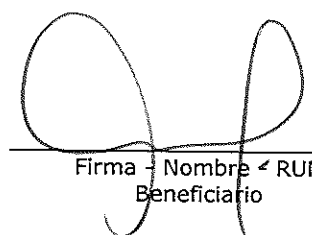
Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : LUIS CONCHA MOSQUERA  
Especialidad : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

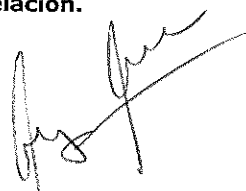
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	13600	10200	0	3400
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	13600	10200	0	3400

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 y RUN  
Beneficiario



  
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 : **23517 (1920060)**  
Validez : Desde el 12/06/2017 al 12/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : **DR. BORIS FLANDEZ JAQUE**  
Especialidad : **ESP. NEUROCIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
0000302035	2	NIVELES PLASMATICOS DE FARMACOS	7608	3804	0	3804
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>8418</b>	<b>4209</b>	<b>0</b>	<b>4209</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



  
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 : **23457 (1916523)**  
Validez : Desde el 02/06/2017 al 02/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
Nº CUENTA : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

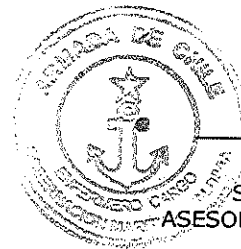
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	13600	10200	0	3400
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	10200	0	3400

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



*[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 : 23399 (1914078)  
Validez : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
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 : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO


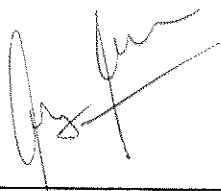
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 3957	0	3957
		TOTAL GENERAL :	7914	/ 3957	0	3957

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 : **23538 (1921088)**  
Validez : Desde el 13/06/2017 al 13/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : 10164344-1 RICARDO ADRIAN ALVAREZ RIFFO  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Responsable : 10164344-1 RICARDO ADRIAN ALVAREZ RIFFO  
Institución : **ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : 22106740000  
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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	5936	0	1978

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** : 23586 (1922808)  
**Validez** : Desde el 16/06/2017 al 16/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** :  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** :  
**Pedida Por** : RICARDO SALMERON ALLEGRI  
**Especialidad** : JEFE DEPTO. AB-DENTATALC

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	6453	0	2151
<b>TOTAL GENERAL :</b>			8604	6453	0	2151

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 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 : **23615 (1924392)**  
 Validez : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**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 :

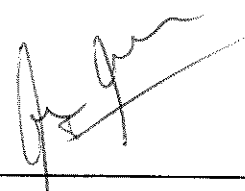
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 5936	0	1978
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	/ 5936	0	1978

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** : 23348 (1910473)  
**Validez** : Desde el 19/05/2017 al 18/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** :  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**NPI** :  
**Pedida Por** : LUIS CONCHA MOSQUERA  
**Especialidad** : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101523	1	CONSULTA NEUROLOGO	17305	/ 8653	0	8652
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17305	/ 8653	0	8652

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 : 23585 (1922800)  
Validez : Desde el 16/06/2017 al 16/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente :   
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable :   
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA :   
Pedida Por : DRA. SIMONE SAONA Z.  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

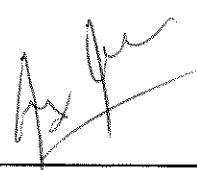
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	4513	0	1504
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	2871	0	957
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	2478	0	825
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>21860</b>	<b>16397</b>	<b>0</b>	<b>5463</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



  
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 : 23372 (1912121)  
Validez : Desde el 24/05/2017 al 23/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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


Paciente :  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable :  
Institución : ARMADA  
NPI :  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

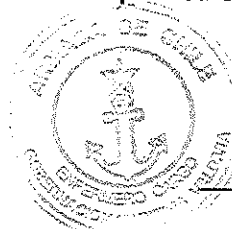
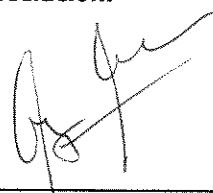
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	2588	0	2588
TOTAL GENERAL :			5176	2588	0	2588

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.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 : 23590 (1922844)  
Validez : Desde el 16/06/2017 al 16/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : DRA. MARÍA ABURTO I.  
Especialidad : ENDOCRINOLOGA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

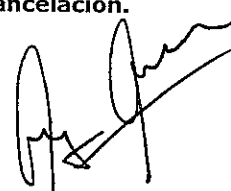
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401010	1	MAMOGRAFIA BILATERAL (4 EXP.)	14990	14990	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14990	14990	0	0

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.

  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario



  
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 : 23650 (1926068)  
Validez : Desde el 22/06/2017 al 22/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente :   
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
Responsable :   
Institución : ARMADA  
NPI :   
Pedida Por : DRA. MONICA MAJIN B.  
Especialidad : MED. CIRUJANO

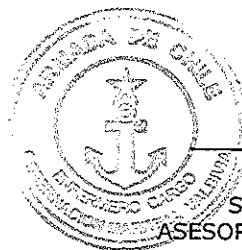
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000305031	1	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS NEFELOMETRICAS Y/O	4219	4219	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7430	7430	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



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 : **23649 (1926062)**  
Validez : Desde el 22/06/2017 al 22/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXX  
Pedida Por : DRA. MONICA MAJIN B.  
Especialidad : MED. CIRUJANO

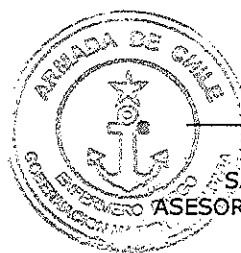
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

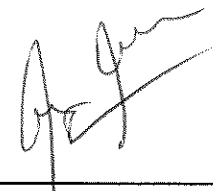
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	13189	13189	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13189	13189	0	0

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT. VALDIVIA

**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 : 23451 (1915980)  
Validez : Desde el 01/06/2017 al 01/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**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 : DR. VALESKA GONZALEZ  
Especialidad : MED- PEDIATRA

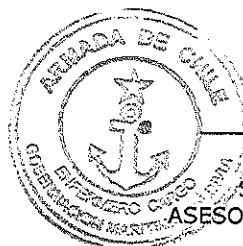
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

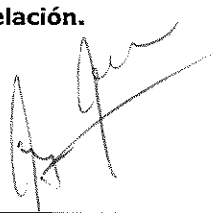
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	4	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	5552	2776	1388	1388
0000601017	3	EJERCICIOS RESPIRATORIOS	6096	3048	1524	1524
0000601030	3	DRENAJES POSTURALES BRONQUIALES (PROC. AUT.	3486	1743	871	872
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	15134	7567	3783	3784

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 : 23513 (1920011)  
Validez : Desde el 12/06/2017 al 12/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente :  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable :  
Institución : ARMADA  
NPI :  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

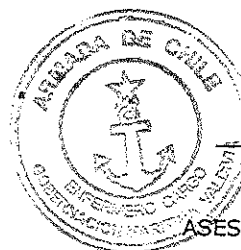
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	7914	0	0

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




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 : 23443 (1915297)  
Validez : Desde el 31/05/2017 al 30/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

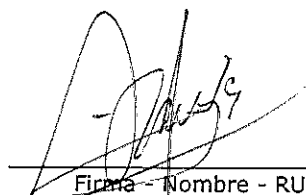
Paciente :   
Parentesco : HIJOS  
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
Responsable :   
Institución : ARMADA  
NPI :   
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

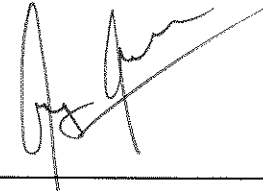
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



  
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 : 23396 (1913989)  
Validez : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

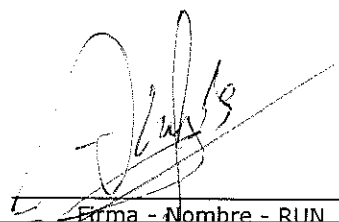
Paciente :   
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
Responsable :   
Institución : ARMADA  
NPI :   
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

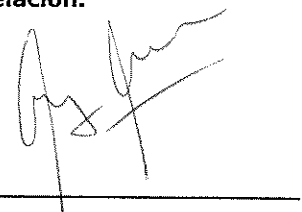
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	0	0

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



  
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** : 23496 (1918805)  
**Validez** : Desde el 07/06/2017 al 07/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA ✓  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXX  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**Responsable** : 12381881-4 FRANCO ERWIN EGBARZA AGTETE  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : DR. FELIPE GODOY S.  
**Especialidad** : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000305070	2	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	13262	13262	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			25802	25802	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



**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 : 23440 (1915258)  
Validez : Desde el 31/05/2017 al 30/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

Dirección :

Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.  
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	1536	659
0000302063	2	TRANSAMINASAS (OXALA	2478	1239	867	372
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	522	365	156
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	262	112
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	434	303	130
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	283	122
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>10337</b>	<b>5170</b>	<b>3616</b>	<b>1551</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



*[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 : **23606 (1924050)**  
Validez : Desde el 19/06/2017 al 19/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable : XXXXXXXXXX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXX  
Pedida Por : DR. FELIPE GODOY SUÁREZ  
Especialidad : MÉDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	3828	0	0
0009920002	1	EXAMENES	3443	3443	0	0
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	6017	0	0
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302048	1	CURVA TOLERANCIA A LA GLUCOSA	3885	3885	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>20384</b>	<b>20384</b>	<b>0</b>	<b>0</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



  
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 : 23663 (1926714)  
Validez : Desde el 23/06/2017 al 23/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : HIJOS  
Repatriación : CAPITANIA DE PUERTO VILLARRICA  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : DRA. KATIA CISTERNA DE LA BARRERA  
Especialidad : PSICOLOGA

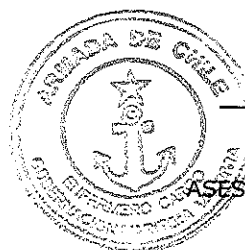
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000902002	1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45 MIN. PROC.TERAPEUTICO).	6908	3454	1727	1727
<b>TOTAL GENERAL :</b>			6908	3454	1727	1727

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 : **23506 (1919682)**  
Validez : Desde el 09/06/2017 al 09/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VILLARRICA**  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : **ARMADA**  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : **DRA. KATIA CISTERNA DE LA BARRERA**  
Especialidad : **PSICOLOGA**

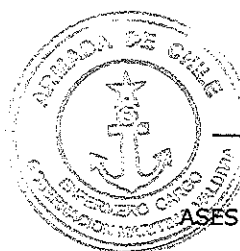
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000902002	1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45 MIN. PROC.TERAPEUTICO).	6908	3454	1727	1727
<b>TOTAL GENERAL :</b>			6908	3454	1727	1727

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 : 23437 (1914886)  
Validez : Desde el 30/05/2017 al 29/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.  
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000308013	1	RECuento EOSINOFILOS NASALES	691	691	0	0
0000305048	1	REACCION CUTANEA 16 ALERGENOS POR ESCARIFICACION (INCLUYE EL	4304	4304	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			4995	4995	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



*[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 : **23966 (1942075)**  
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**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**

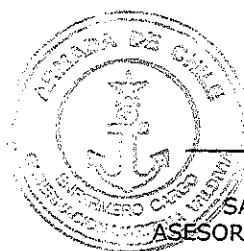
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

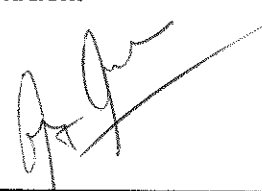
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	1	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	1388	694	347	347
<b>TOTAL GENERAL :</b>			1388	694	347	347

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 : 23381 (1912626)  
Validez : Desde el 25/05/2017 al 24/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente :   
Parentesco : HIJOS  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VILLARRICA  
Responsable :   
Institución : ARMADA  
NPI :   
Pedida Por : DR. PAZ PEREZ  
Especialidad : MED GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

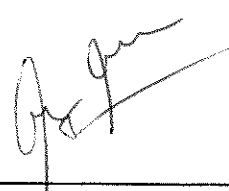
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000902001	1	CONSULTA PSICOLOGO CLINICO (SESIONES 45 MIN)	9504	4752	0	4752
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	9504	4752	0	4752

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 : 23410 (1914244)  
Validez : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : 1 [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
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
0009920002	1	EXAMENES	437	437	0	0
0000302061	1	PROTEINAS, ELECTROFORESIS (INCLUYE COD. 03-02-060)	3935	3935	0	0
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	867	867	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000303028	1	TRIYODOTIRONINA	3512	3512	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000301036	1	HEMATOCRITO	610	610	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000302005	1	ACIDO URICO EN SANGRE	1359	1359	0	0
0000303027	1	TIROXINA TOTAL O TETRAYODO	3512	3512	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			22944	22944	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



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 : 23401 (1914101)  
Validez : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

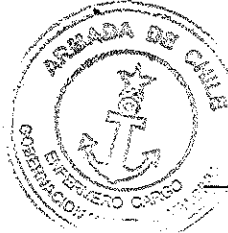
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 7914	0	0
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	7914	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.

[REDACTED]  
Firma [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 : 23398 (1914065)  
Validez : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente :  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : LSG 1610 CORRAL  
Responsable :  
Institución : ARMADA  
NPI :  
Pedida Por : DR. ALEX RUIZ S.  
Especialidad : GASTROENTEROLOGO

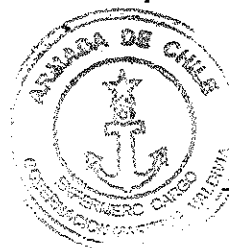
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101525	1	CONSULTA GASTROENTEROLOGO	20689	10345	0	10344
TOTAL GENERAL :			20689	10345	0	10344

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 2º (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 : **23510 (1919876)**  
 Validez : Desde el 09/06/2017 al 09/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
 Parentesco : **CONYUGE**  
 Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**  
 Responsable : XXXXXXXXXX  
 Institución : **ARMADA**  
 NPI : XXXXXXXXXX  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

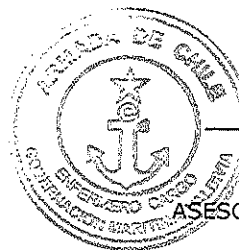
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	3957	0	3957

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 : **23591 (1922867)**  
Validez : Desde el 16/06/2017 al 16/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : **[REDACTED]**  
Parentesco : **CONYUGE**  
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO CORRAL**  
Responsable : **[REDACTED]**  
Institución : **ARMADA**  
NPI : **[REDACTED]**  
Pedida Por : **DRA. PAOLA JARA A.**  
Especialidad : **MED. CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404015	1	ECOTOMOGRFIA TIROIDEA	12322	6161	4312	1849
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	2382	1191	833	358
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>14704</b>	<b>7352</b>	<b>5145</b>	<b>2207</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



**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** : 23439 (1915038)  
**Validez** : Desde el 30/05/2017 al 29/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

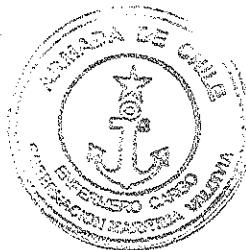
**Paciente** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : LSG 1610 CORRAL  
**Responsable** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : DRA. MONICA MAJIN B.  
**Especialidad** : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	1304	1304	0	0
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302005	1	ACIDO URICO EN SANGRE	1359	1359	0	0
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	1043	0	0
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	7385	0	0
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	867	867	0	0
0000302032	3	ELECTROLITOS	2952	2952	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	867	0	0
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	6017	0	0
0000305031	1	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS NEFELOMETRICAS Y/O	3966	3966	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			40701	40701	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.



*[Signature]*  
Pedro Suazo Loyola  
S 2° (Enf. T.A.C. Po.)  
ENFERMERO DE CARGO

19-07-201

**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 : 23402 (1914104)  
Validez : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : CONYUGE  
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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	3957	0	3957

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 - No  
Benef



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** : 23608 (1924080)  
**Validez** : Desde el 19/06/2017 al 19/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA ✓  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

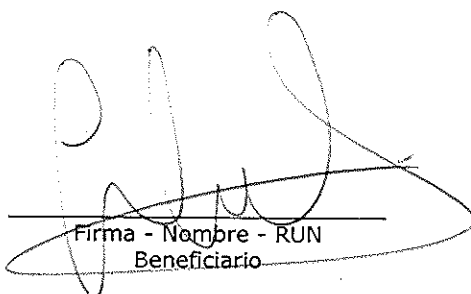
**Paciente** : XXXXXXXXXX  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**Responsable** : XXXXXXXXXX  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
**Especialidad** : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

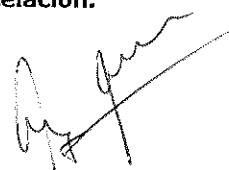
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	7914	0	0

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



  
 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 : **23467 (1917564)**  
Validez : Desde el 05/06/2017 al 05/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

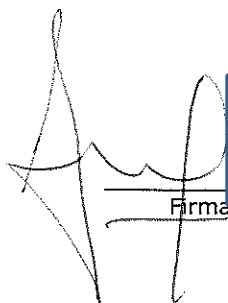
Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VILLARRICA**  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : **ARMADA**  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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 - RUT  
Beneficiario





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 : **23634 (1925015)**  
 Validez : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
 Parentesco : **SI MISMO**  
 Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**  
 Responsable : XXXXXXXXXX  
 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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	5176	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			5176	5176	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



  
 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 : 23635 (1925186)  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : EDITH GARCIA HERRERA  
Especialidad : MATRONA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404006	1	ECOTOMOGRAFIA GINECOLOGICA. PELVIANA FEMENINA	18000	18000	0	0
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	435	435	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			18435	18435	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



  
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 : 23653 (1926300)  
Validez : Desde el 22/06/2017 al 22/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
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 : DRA. PAOLA JARA A.  
Especialidad : MED. CIRUJANO

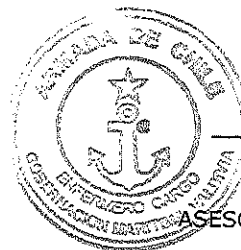
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001301502	2	LAVADO DE OIDOS	5440	5440	0	0
TOTAL GENERAL :			5440	5440	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



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 : 23654 (1926305)  
 Validez : Desde el 22/06/2017 al 22/07/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : 16301987-6 CARLOS FABRIZIO GOTUZZO PEÑA  
 Parentesco :  
 Repartición : LSG 1610 CORRAL  
 Responsable : 16301987-6 CARLOS FABRIZIO GOTUZZO PEÑA  
 Institución :  
 NPI :  
 Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.  
 Especialidad : MED. CIRUJANO

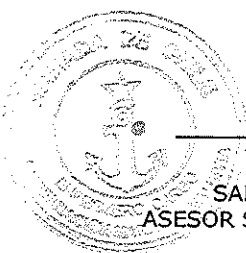
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	393	393	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	6017	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000306169	1	SARAMPION ANTICUERPOS IGG, DETERMINACION HIV	3840	3840	0	0
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1493	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26684	26684	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

  
 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** : 23612 (1924353)  
**Validez** : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : DR. JAIRO SANTANA C.  
**Especialidad** : MED. GENERAL

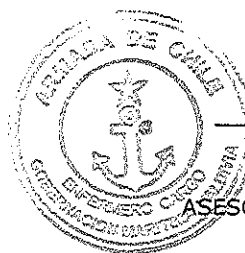
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	3593	3593	0	0
0000101518	1	CONSULTA BRONCOPULMONAR	14500	14500	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			18093	18093	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



  
 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** : 23407 (1914210)  
**Validez** : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXX  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : XXXXXXXXXX  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : XXXXXX  
**Pedida Por** : DR. JAIRO SANTANA C.  
**Especialidad** : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	13189	13189	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13189	13189	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



\_\_\_\_\_  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDÍ

**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 : **23599 (1923459)**  
 Validez : Desde el 19/06/2017 al 19/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA** ✓  
 Dirección :  
 Fono :

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


Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO 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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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



  
 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 : **23645 (1925645)**  
Validez : Desde el 21/06/2017 al 21/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : LSG 1610 CORRAL  
Responsable : XXXXXXXXXX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXX  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

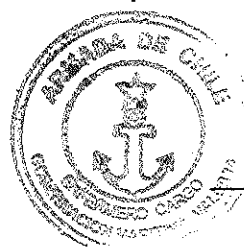
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 7914	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	7914	0	0

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.

*19/07 PEDRO SUAZO LOYOLA*  
XXXXXXXXXX

Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario



*Pedro Suazo Loyola*  
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** : 23408 (1914217)  
**Validez** : Desde el 29/05/2017 al 28/06/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : XXXXXXXXXX  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL  
**Responsable** : XXXXXXXXXX  
**Institución** : ARMADA.  
**NPI** : XXXXXXXXXX  
**Pedida Por** : DR. JAIRO SANTANA C.  
**Especialidad** : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

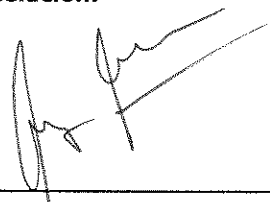
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001707002	1	ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONCODILATADOR	8522	8522	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			8522	8522	0	0

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



  
 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 : **23455 (1916324)**  
Validez : Desde el 01/06/2017 al 01/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente :   
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**  
Responsable :   
Institución : **ARMADA**  
NPI :   
Pedida Por : **DRA. ADRIANA INCER G.**  
Especialidad : **PEDIATRA**

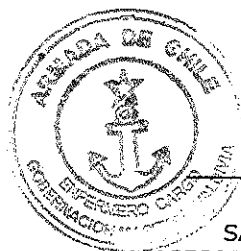
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	1	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	1388	694	347	347
<b>TOTAL GENERAL :</b>			1388	694	347	347

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 y Nombre - RUN  
Beneficiario



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 : 23448 (1915497)  
Validez : Desde el 31/05/2017 al 30/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

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

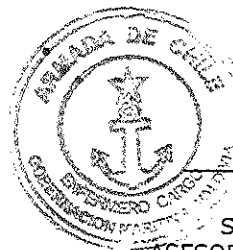
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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 : 23432 (1914660)  
Validez : Desde el 30/05/2017 al 29/06/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : ATF-67 LAUTARO  
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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	13189	6595	4616	1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26789	13395	4616	8778

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.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** : 23485 (1918411)  
**Validez** : Desde el 07/06/2017 al 07/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** :  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**Responsable** :  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** :  
**Pedida Por** : DR. CARMEN SEPULVEDA FERNANDEZ  
**Especialidad** : MED. ESP. PEDIATRA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000305028	2	INMUNOGLOBULINA E TOTAL IGE	7056	3528	2469	1059
0009920002	1	EXAMENES	5194	2597	1817	780
0000301059	1	TIEMPO DE PROTROMBINA	1501	751	525	225
0000301085	1	TIEMPO DE TTPK	1605	803	561	241
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	3693	2584	1108
0000305031	3	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS NEFELOMETRICAS Y/O	11898	5949	4164	1785
0000305012	2	COMPONENTE DE COMPLEMENTO C1Q	5880	2940	2058	882
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	1229	527
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	2105	903
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	1536	659
0000307012	1	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS	891	446	311	134
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	522	224
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	1339	575
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>63051</b>	<b>31529</b>	<b>22060</b>	<b>9462</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.

**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 : 23486 (1918415)  
Validez : Desde el 07/06/2017 al 07/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : DR. CARMEN SEPULVEDA FERNANDEZ  
Especialidad : MED. ESP. PEDIATRA

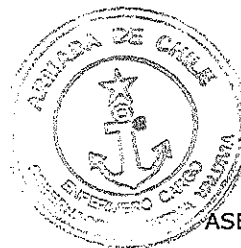
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

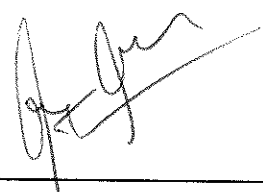
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401002	1	PARTES BLANDAS; LARINGE LATERAL; CAVUN RINOFA	6594	3297	2307	990
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	13189	6595	4616	1978
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	151	76	52	23
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>19934</b>	<b>9968</b>	<b>6975</b>	<b>2991</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



  
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 : **23487 (1918418)**  
Validez : Desde el 07/06/2017 al 07/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**  
Responsable : **16744957-2 NATALIA CAROLINA CHACON CERDA**  
Institución : **ARMADA**  
NPI : XXXXXXXXXX  
Pedida Por : **DR. CARMEN SEPULVEDA FERNANDEZ**  
Especialidad : **MED. ESP. PEDIATRA**

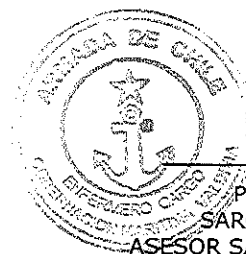
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	1	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	1388	694	347	347
0000601017	1	EJERCICIOS RESPIRATORIOS	2032	1016	508	508
0000601030	1	DRENAJES POSTURALES BRONQUIALES (PROC. AUT.	1162	581	290	291
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>4582</b>	<b>2291</b>	<b>1145</b>	<b>1146</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



  
**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 : 23518 (1920088)  
Validez : Desde el 12/06/2017 al 12/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente :   
Parentesco : HIJOS  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable :   
Institución : ARMADA  
NPI :   
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

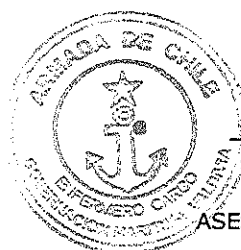
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

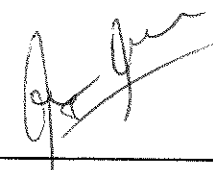
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
TOTAL GENERAL :			7914	3957	0	3957

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.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 : **23574 (1922221)**  
Validez : Desde el 15/06/2017 al 15/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**  
Responsable : XXXXXXXXXX  
Institución : **ARMADA**  
NPI : XXXXXX  
Pedida Por : **DR. DANIEL SOTO V.**  
Especialidad : **PEDITRA BRONCOPULMONAR**

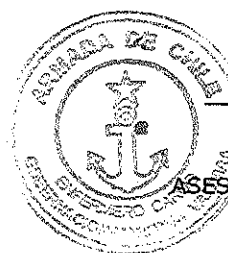
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

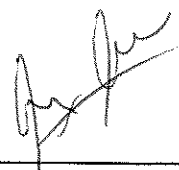
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	13189	6595	4616	1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13189	6595	4616	1978

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 : **23475 (1917826)**  
Validez : Desde el 06/06/2017 al 06/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **HIJOS**  
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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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 manuscrita]*

Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario



*[Firma manuscrita]*

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 : **23524 (1920366)**  
 Validez : Desde el 12/06/2017 al 12/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
 Parentesco : **SI MISMO**  
 Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**  
 Responsable : XXXXXXXXXX  
 Institución : **ARMADA**  
 NPI : XXXXXX  
 Pedida Por : **DRA. PAOLA JARA A.**  
 Especialidad : **MED. CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

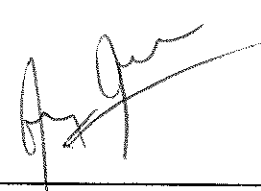
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000308013	1	RECuento EOSINOFILOS NASALES	691	691	0	0
0000305048	1	REACCION CUTANEA 16 ALERGENOS POR ESCARIFICACION (INCLUYE EL	4304	4304	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			4995	4995	0	0

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



  
**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** : **23570 (1921531)**  
**Validez** : Desde el 14/06/2017 al 14/07/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : **65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección** :  
**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. VALESKA GONZALEZ  
**Especialidad** : MED- PEDIATRA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000305031	1	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS NEFELOMETRICAS Y/O	4219	2110	1476	633
0000305027	3	INMUNOGLOBULINA IGA, IGG, IGM	9093	4547	3182	1364
0000305028	1	INMUNOGLOBULINA E TOTAL IGE	3528	1764	1234	530
0000307012	1	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS	891	446	311	134
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>20132</b>	<b>10068</b>	<b>7043</b>	<b>3021</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



*[Signature]*  
**PEDRO SUAZO LOYOLA**  
**SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)**  
**ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI**