

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 : **23698 (1929049)**
Validez : Desde el 30/06/2017 al 30/07/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

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

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

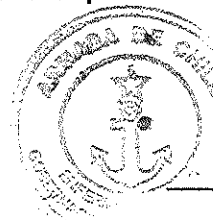
Paciente : XXXXXXXXXX
Parentesco : **CONYUGE**
Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**
Responsable : XXXXXXXXXX
Institución : **ARMADA**
NPI : XXXXXX
Pedida Por : **LUIS CONCHA MOSQUERA**
Especialidad : **MED.INTERNA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	1735	868	607	260
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	2105	903
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000301034	1	GRUPO RH	1487	744	520	223
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	1536	659
0000302012	1	BILIRRUBINA TOTAL	842	421	294	127
0000305170	1	CA 125 /UML	5070	2535	1774	761
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	522	224
0000303024	1	TSH HORMONA TIOESTIMULANTE	3512	1756	1229	527
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	1914	1339	575
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	283	122
TOTAL GENERAL :			31585	15795	11049	4741

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.



[Handwritten signature]

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 : 23927 (1939798)
Validez : Desde el 25/07/2017 al 24/08/2017
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 : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. CARMEN FUENTES
Especialidad : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000305070	2	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	13262	13262	0	0
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1493	0	0
0000303028	1	TRIYODOTIRONINA	3512	3512	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	7385	0	0
0000302005	1	ACIDO URICO EN SANGRE	1359	1359	0	0
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	1043	0	0
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	749	0	0
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	867	0	0
0000306169	1	SARAMPION ANTICUERPOS IGG, DETERMINACION HIV	3840	3840	0	0
0000306038	1	R.P.R.	1827	1827	0	0
0009920002	1	EXAMENES	393	393	0	0
TOTAL GENERAL :			50671	50671	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.



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

16-08-201

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 : **23926 (1939779)**
Validez : Desde el 25/07/2017 al 24/08/2017
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 : **SI MISMO**
Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
Especialidad : **MED. GENERAL**

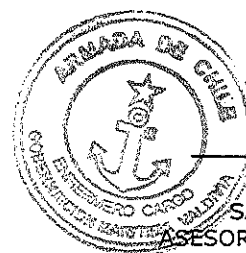
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

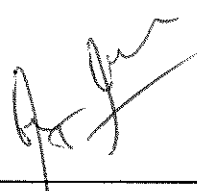
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000902001	1	CONSULTA PSICOLOGO CLINICO (SESIONES 45 MIN)	9504	9504	0	0
TOTAL GENERAL :			9504	9504	0	0

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 : 23919 (1939148)
Validez : Desde el 24/07/2017 al 23/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

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

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

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

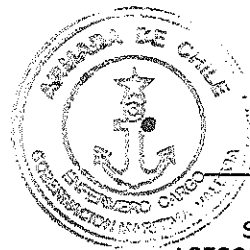
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

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
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 : 23901 (1937982)
Validez : Desde el 20/07/2017 al 19/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

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

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

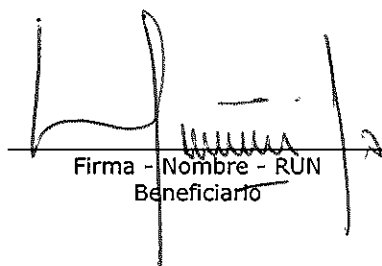
Paciente : XXXXXXXXXX
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
Responsable : XXXXXXXXXX
Institución : ARMADA
NPI : XXXXXXXXXX
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

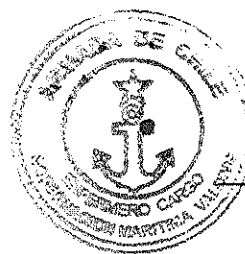
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

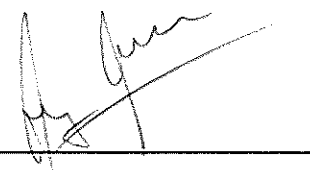
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
		TOTAL GENERAL :	7914	7914	0	0

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
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 : 23721 (1930786)
Validez : Desde el 04/07/2017 al 03/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

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

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

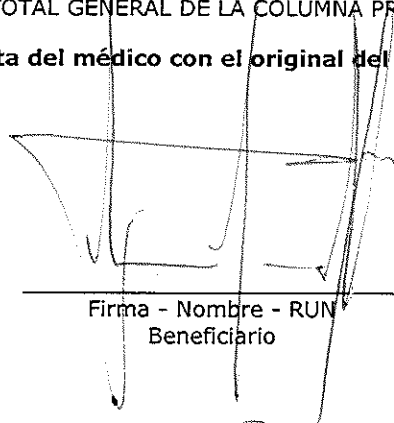
Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PATRICIA LOBOS CIFUENTES
Especialidad : MED. CIRUJANO

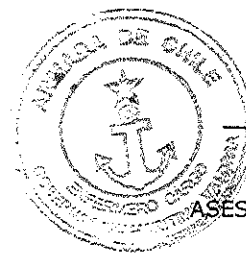
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

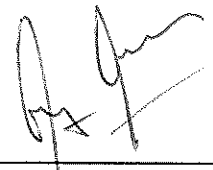
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101071	1	CONSULTA MED.OFTALMOLOGIA	20689	15517	0	5172
TOTAL GENERAL :			20689	15517	0	5172

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 : **23727 (1931096)**
Validez : Desde el 04/07/2017 al 03/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Institución : **ARMADA**
NPI : XXXXXXXXXXXX
Pedida Por : **DRA. MIRIAM DAVIS GUARDA**
Especialidad : **PEDIATRÍA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000307012	1	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS	891	446	311	134
0000306048	1	COPROPARASITOLOGICO SERIADO	2219	1110	776	333
0000306069	1	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (ADENOVIRUS,CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBEOLA,INFLUENZA A Y B; VIRUS VARICELA-ZOSTER; VIRUSSINCICIAL RESPIRATORIO; PARAINFLUENZA 1, 2 Y 3;EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U	3397	1699	1188	510
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	2105	903
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	522	224
0000308006	1	PH	610	305	213	92
0000308001	1	AZUCARES REDUCTORES (BENEDICT-FEHLING O SIMIL	913	457	319	137
0009920002	1	EXAMENES	431	216	150	65
TOTAL GENERAL :			18372	9190	6424	2758

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.



Pedro Suazo Loyola
S 2° (Enf. T.A.C. Po.)
ENFERMERO DE CARGO
17-08-201

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 : **23728 (1931097)**
Validez : Desde el 04/07/2017 al 03/08/2017
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 : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **DRA. MIRIAM DAVIS GUARDA**
Especialidad : **PEDIATRÍA**

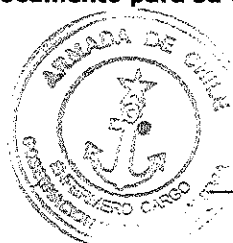
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401056	1	EDAD OSEA : CARPO Y MANO (1 EXP.)	5675	/ 2838	1986	851
TOTAL GENERAL :			5675	/ 2838	1986	851

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2**
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario





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

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

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
 Número : 23907 (1938648)
 Validez : Desde el 21/07/2017 al 20/08/2017
 Tipo : AMBULATORIA

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

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

Paciente :
 Parentesco : SI MISMO
 Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
 Responsable :
 Institución : ARMADA
 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
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	6017	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000302032	3	ELECTROLITOS	2952	2952	0	0
0000305070	2	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	13262	13262	0	0
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1493	0	0
0000309013	1	MICROALBUMINURIA	2189	2189	0	0
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	3303	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
TOTAL GENERAL :			44157	44157	0	0

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2Dirección **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 : **23897 (1937898)**
Validez : Desde el 20/07/2017 al 19/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

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

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

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

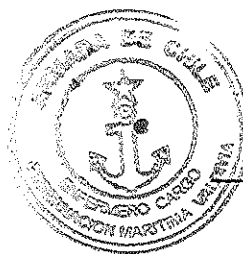
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

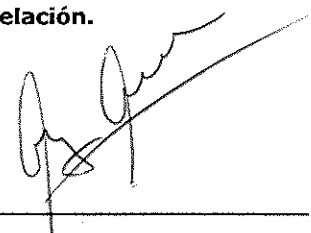
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	0	0

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
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 : **23933 (1940046)**
Validez : Desde el 25/07/2017 al 24/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

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

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

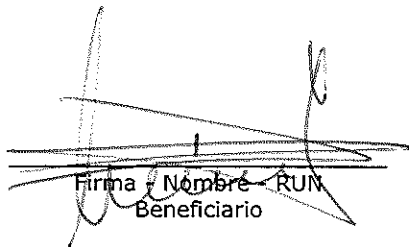
Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **DRA. ADRIANA INCER G.**
Especialidad : **PEDIATRA**

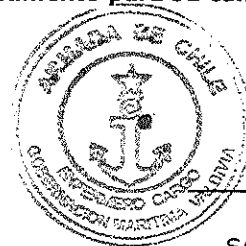
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

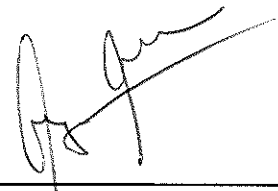
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	1	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	1388	694	347	347
TOTAL GENERAL :			1388	694	347	347

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 : **23932 (1939968)**
Validez : Desde el 25/07/2017 al 24/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

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

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

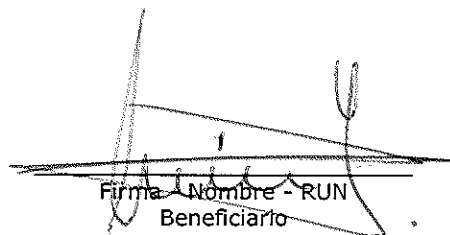
Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

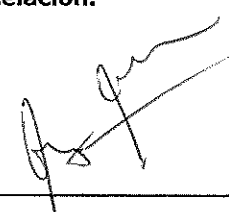
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
		TOTAL GENERAL :	7914	7914	0	0

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
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 : 23931 (1939962)
Validez : Desde el 25/07/2017 al 24/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

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

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

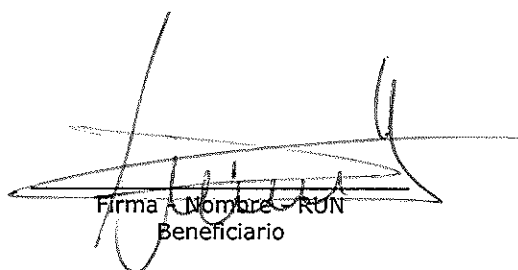
Paciente :
Parentesco : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI :
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

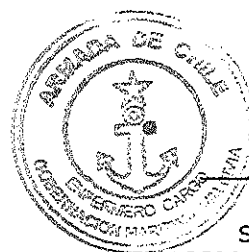
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

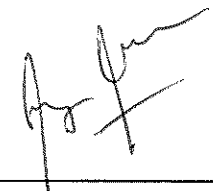
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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 y Nombre del
 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 : 23896 (1937890)
Validez : Desde el 20/07/2017 al 19/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

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

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

Paciente : XXXXXXXXXX
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
Responsable : 12227707-0 CRISTIAN IVAN PEÑA FLORES
Institución : ARMADA
NPI : XXXXXXXXXX
Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.
Especialidad : MED. CIRUJANO

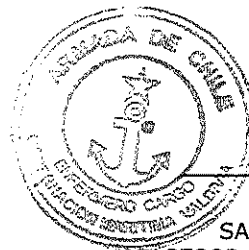
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
TOTAL GENERAL :			5200	5200	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 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 : **23689 (1928393)**
Validez : Desde el 29/06/2017 al 29/07/2017
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**

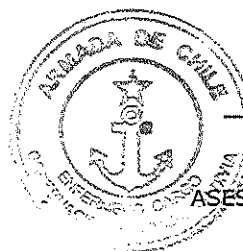
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

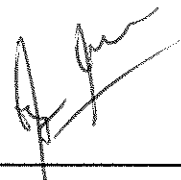
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000902002	1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45 MIN. PROC.TERAPEUTICO).	6908	3454	1727	1727
TOTAL GENERAL :			6908	3454	1727	1727

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 : 23774 (1932722)
Validez : Desde el 07/07/2017 al 06/08/2017
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 : 12000576-7 MARCELO ANDRÉS GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : JORGE VASQUEZ BRZOVIC
Especialidad : OTORRINO

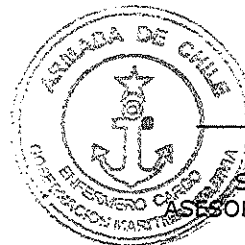
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401051	1	PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, C/U (1 EXP.)	5861	2931	2051	879
TOTAL GENERAL :			5861	2931	2051	879

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 : 23525 (1920435)
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 : DRA. ADRIANA INCER G.
Especialidad : PEDIATRA

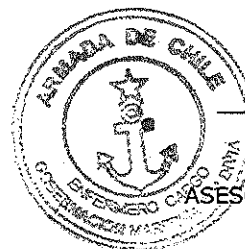
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	1339	575
0000307012	1	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS	891	446	311	134
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	2105	903
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	1536	659
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	1229	527
TOTAL GENERAL :			21039	10521	7360	3158

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 : 23701 (1929264)
Validez : Desde el 30/06/2017 al 30/07/2017
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 : 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
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
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 : **23893 (1937572)**
Validez : Desde el 19/07/2017 al 18/08/2017
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 : **LSG 1610 CORRAL**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

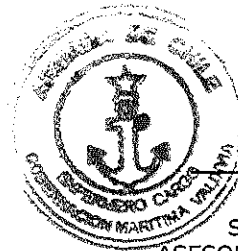
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101020	1	CONTROL NIÑO SANO POR ENFERMERA (ART.27 D.S. SALUD 369/1985)	2905	1453	0	1452
TOTAL GENERAL :			2905	1453	0	1452

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 : 23912 (1938708)
Validez : Desde el 21/07/2017 al 20/08/2017
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 : LSR 1705 CHACAO
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
0000401049	2	COLUMNA TOTAL O DORSOLUMBAR. PANORAMICA CON F	17494	8747	6122	2625
		TOTAL GENERAL :	17494	8747	6122	2625

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 : **23903 (1938205)**
Validez : Desde el 20/07/2017 al 19/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

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

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

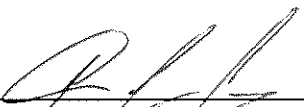

Paciente : 
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **LSR 1705 CHACAO**
Responsable : **15476700-A YERKO ANGELO COLUJUNCA CALETRAN**
Institución : **ARMADA**
NPI : 
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
Especialidad : **MED. GENERAL**

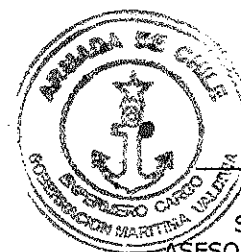
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101527	1	CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGO	19589	19589	0	0
TOTAL GENERAL :			19589	19589	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 - RÚN





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 : **23945 (1940699)**
Validez : Desde el 26/07/2017 al 25/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : 2 [REDACTED]
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **LSG 1610 CORRAL**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : 5 [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

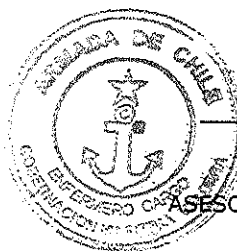
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	522	365	156
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	840	360
0000301059	1	TIEMPO DE PROTROMBINA	1501	751	525	225
0000301085	1	TIEMPO DE TTPK	1605	803	561	241
0000307012	1	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS	891	446	311	134
0000301034	1	GRUPO RH	1487	744	520	223
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	262	112
TOTAL GENERAL :			9677	4842	3384	1451

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

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 : 23831 (1936420)
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017
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 : SI MISMO
Repartición : LSR 1705 CHACAO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

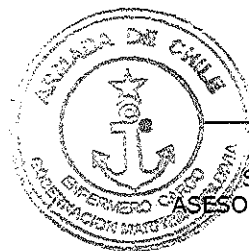
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

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



[Signature]

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

ARMADA DE CHILE

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**
Número : **23810 (1935565)**
Validez : Desde el 14/07/2017 al 13/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

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

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

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

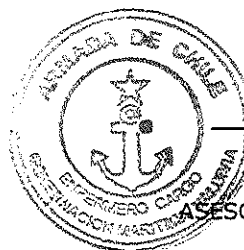
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

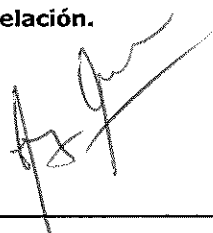
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	/ 7914	0	0

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
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 : 23777 (1933086)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
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 : CAPITANÍA DE PUERTO PANGUIPULLI
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : MARIOLY MONSALVE SEGUEL
Especialidad : ENFERMERA

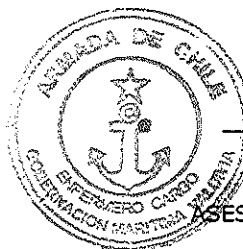
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401051	1	PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, C/U (1 EXP.)	5861	2931	2051	879
		TOTAL GENERAL :	5861	2931	2051	879

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 : **23815 (1935978)**
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

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

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **LSG 1610 CORRAL**
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Institución : **ARMADA**
NPI : XXXXXXXXXXXX
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

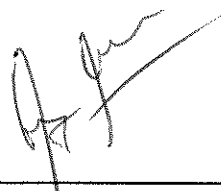
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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
Beneficiario





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