



**HOSPITAL CLINICO
HERMINDA MARTIN**
HOSPITAL
FRANCISCO RAMIREZ 10, CHILLAN

R.U.T.: 61.607.001-0
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N° 2244

09 AGO. 2017

S.I.I. - CHILLAN

Miércoles 2 de agosto del 2017

R.U.T. : 61.102.025-2
Señor(es) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Giro : HOSPITALES Y CLINICAS
Dirección : MICHIMALONGO S-N LAS CANCHAS, TALCAHUANO

Código	Item	Cant.	P. unitario	Total item
431-01 - 03-04	EXAMENES	1	34.880	34.880
431-01 - 04-04	ATENCION AMBULATORIA	1	49.000	49.000
431-01 - 05-04	VENTA MEDICAMENTOS FACTURACIÓN A BENEFICIARIOS SEGÚN NÓMINA N°348 FECHA:01-08-2017 POR ATENCIÓNES DE URGENCIA. DETALLES ANEXOS.-	1	1.316	1.316

EGRESOS

CODIGO LU.RR 2010

N° CHEQUE

Fecha CHE

Tipic Fondos

ITEM

Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014

Verifique documento: www.sii.cl

TOTAL \$ 85.196.-

Exento \$: 85.196
Total \$: 85.196

53211.91 000.000 (900)
21522 11 950 000

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 98303 (1947120)
Validez : Desde el 10/08/2017 al 09/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$\$\$\$\$\$
Institución : ARMADA
NPI : \$\$\$\$\$\$
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	1316	658	0	658
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	12250	0	12250
TOTAL GENERAL :			25816	12908	0	12908

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

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

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Clinica:

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 98302 (1947119)
Validez : Desde el 10/08/2017 al 09/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$\$\$\$\$\$
Institución : ARMADA
NPI : \$\$\$\$\$\$
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24500	12250	0	12250
0000303014	1	GONADOTROFINA CORIONICA, SUB UNIDAD BETA EN SANGRE	14730	7365	5155	2210
0000404002	1	ECOGRAFIA OBSTETRICA	20150	10075	7052	3023
TOTAL GENERAL :			59380	29690	12207	17483

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

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

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO