



**SERVICIO DE SALUD NUBLE
HOSPITAL DE SAN CARLOS DR
BENICIO ARZOLA MEDINA**

Giro: HOSPITAL

GAZMURI 448 - SAN CARLOS

eMail : JOSELUIS.BOCAZ@REDSALUD.GOV.CL

R.U.T.:61.607.002- 9

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº437

Telefono : 42 2586257

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR

R.U.T.: 61.102.025- 2

GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS

DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

COMUNA TALCAHUANO

CIUDAD: TALCAHUANO

CONTACTO:

S.I.I. - SAN CARLOS

Fecha Emision: 19 de Julio del 2017



Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
431-010405	AT. AMB. PART/CONV.	1	9.730			9.730
IMPUESTO ADICIONAL						\$ 0
EXENTO						\$ 9.730
TOTAL						\$ 9.730



Timbre Electrónico SII

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

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 9.730.-

33211.99 050.5550 (5001)
21522 11 950 3050.

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 : 98715 (1953641)
Validez : Desde el 25/08/2017 al 24/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607002-9 HOSPITAL DE SAN CARLOS
Dirección : GAZMURI, N°448, CHILLAN
Fono :

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

Paciente :
Parentesco : SI MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO ANCUD
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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9730	9730	0	0
TOTAL GENERAL :			9730	9730	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

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