



COMPLEJO ASISTENCIAL DR.VICTOR RIOS RUIZ
SALUD
AVDA. RICARDO VICUÑA 147
LOS ANGELES

22 ABO. 2017

OFICINA DE MARIES
18 ABO. 2017
DEPTO. ABASTECIMIENTOS

RUT 61.607.301-K
FACTURA NO AFECTA
O EXENTA ELECTRONICA
N° 1263

S.I.I. - CONCEPCION

Señor(es)	HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA	RUT	61.102.025-2
Giro	HOSPITALES Y CLINICAS	Fecha Emisión	07 de agosto de 2017
Dirección	MICHIMALONGO S/N , LAS CANCHAS	Comuna	TALCAHUANO
Contacto	SIN ESPECIFICAR	Vendedor	

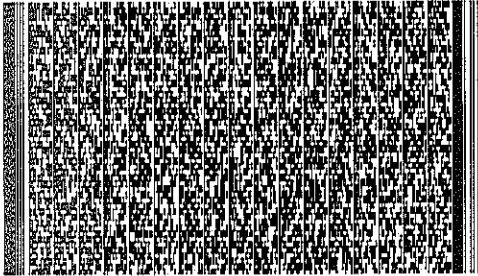
DETALLE					
Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Ind	Total
70102004001	ATENCION AMBULATORIA M.L.E	1	9.730	EX	9.730
70102005001	VENTA MEDICAMENTOS M.L.E (Pref.1645)	1	1.714	EX	1.714

EGRESOS

CÓDIGO CU.RP 2010		
CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
de Fondos		
TEM	PARA	MONTO
11		
\$ 11.444.-		

53211. 98.050.0000 (9501)
21522. 11.980.8050.-

TOTALES	
Monto Exento	11.444
Total	11.444



Timbre Electrónico SII
Res. 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

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 : 98744 (1954131)
Validez : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607301-K HOSPITAL DR.VICTOR RIOS RUIZ
Dirección : RICARDO VICUÑA,Nº147,LOS ANGELES
Fono :

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

Paciente :
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable :
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA :
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	4865	0	4865
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	1714	857	0	857
TOTAL GENERAL :			11444	5722	0	5722

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