

OFICINA DE PARTES

26 AGO. 2017

**SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE SANTA JUANA**

Giro: PRESTACIONES MEDICAS
AVDA. DR. SOSA 100 - CONCEPCION
eMail :
VERONICA.BARRALES@SSCONCEPCION.CL

Telefono : 41 2721050

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:

R.U.T.:61.602.204- 0

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº27

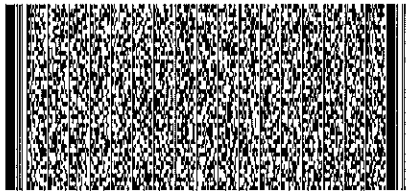
S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 16 de Agosto del 2017

29 AGO. 2017

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
-	CONSULTA MÉDICA URGENCIA	1 1	9.450			9.450
						IMPUESTO ADICIONAL \$ 0
						EXENTO \$ 9.450
						TOTAL \$ 9.450



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		
TOTALS		9.450.-

53211.35 000.0000 (500.)
21522 -11 950 0000

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

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **98920 (1957650)**
Validez : Desde el 04/09/2017 al 04/10/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61602204-0 HOSPITAL SANTA JUANA
Dirección : LAUTARO, N°S/N, SANTA JUANA
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 : **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	9450	4725	0	4725
TOTAL GENERAL :			9450	4725	0	4725

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

Ficha Clínica: