



**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA  
HOSPITAL BASE**

Giro: SALUD  
BUERAS 1003- VALDIVIA  
eMail : LUIS.VILLA@REDSALUD.GOV.CL Telefono

**R.U.T.:61.607.502- 0**

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

**N°4460**

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

**S.I.I. - VALDIVIA**

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:  
TIPO DE COMPRA: DEL GIRO

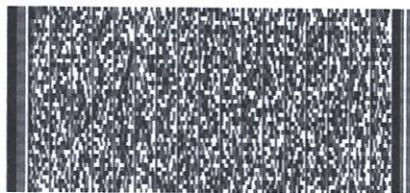
Fecha Emision: 06 de Febrero del 2018

**15 MAR. 2018**

IMPUESTO ELECTRONICO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
0702003004-431010304	EXAMENES PART.	1	79.410			79.410
0702004004-431010404	AT. MEDICA PART. PRESTACIONES ASISTENCIALES SEGÚN ORDENES DE ATENCION ADJUNTAS RENDICION 007	1	129.640			129.640

Forma de Pago: Crédito



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	209.050
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>209.050</b>

**EGRESOS**

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha Cheque

Tipo Fondo

ITEM	TAREA	MONTO
11		

**TOTAL \$ 209.050.-**

53211.95050.8880 (5001)  
21522.11990.8080

4460

**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** : 25135 (1999477)  
**Validez** : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	32410	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	32410	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



\_\_\_\_\_  
 ELENA MARDONES MARTINEZ  
 SARGENTO 2° SUP. (SN.)  
 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** : 25138 (1999490)  
**Validez** : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** :  
**Parentesco** : NIETOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE IQUIQUE  
**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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	16205	0	16205

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



*Elena Mardones Martínez*  
ELENA MARDONES MARTINEZ  
SARGENTO 2° SUP. (SN.)  
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** : 25136 (1999483)  
**Validez** : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : SIN REPARTICIÓN  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	16205	0	16205

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



*Elena Mardones Martínez*

ELENA MARDONES MARTINEZ  
 SARGENTO 2° SUP. (SN.)  
 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 : 25139 (1999492)  
Validez : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**  
Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : [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
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	9710	0	0	9710
0009920002	1	EXAMENES	69700	34850	0	34850
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>111820</b>	<b>51055</b>	<b>0</b>	<b>60765</b>

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



  
ELENA MARDONES MARTINEZ  
SARGENTO 2° SUP. (SN.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDIA