

SIF



**CENTRO CLINICO MILITAR
VALDIVIA**

Giro: CENTRO CLINICO MILITAR
OROSTEGUI 1650- VALDIVIA
eMail : AGALLARDO@CCMVALDIVIA.CL Telefono :
247300

Centro Clínico Militar
Valdivia

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:65.273.020- 5

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº1894

S.I.I. - VALDIVIA

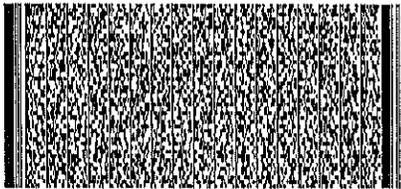
Fecha Emision: 28 de Diciembre del 2017

14 FEB. 2018
INGRESO FACTURAS

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

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
-	MEDICINA CCMV POR ATENCIONES REALIZADAS A BENEFICIARIOS EN EL MES DE DICIEMBRE 2017	1	1.090.999			1.090.999

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	1.090.999
TOTAL	\$	1.090.999

EGRESOS		
CODIGO LU.RR 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	VALOR	CANTO
11		
TOTAL \$		1.090.999.-

53211.99.020.0000 (9301)
21522.11.990.0020

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 : 25119 (1998383)
Validez : Desde el 07/12/2017 al 06/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
Nº 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
0000101065	2	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	27200	13600	0	13600
TOTAL GENERAL :			27200	13600	0	13600

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25266 (2003693)
Validez : Desde el 22/12/2017 al 21/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : LUIS CONCHA MOSQUERA
Especialidad : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	0	3008
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	0	1914
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	1914	0	1914
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
TOTAL GENERAL :			26279	13141	0	13138

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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25265 (2003687)
Validez : Desde el 22/12/2017 al 21/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : LUIS CONCHA MOSQUERA
Especialidad : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	4302	0	4302
TOTAL GENERAL :			8604	4302	0	4302

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.



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25150 (2000110)
Validez : Desde el 13/12/2017 al 12/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIÓNADO 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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
		TOTAL GENERAL :	7914	3957	0	3957

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25167 (2000470)
Validez : Desde el 13/12/2017 al 12/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : NIETOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : NICOLE CAREY PETERS
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	0	3008
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	1914	0	1914
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
TOTAL GENERAL :			20958	10480	0	10478

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : 25120 (1998389)
Validez : Desde el 07/12/2017 al 06/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : DRA. PAOLA JARA A.
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401043	1	COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS	11286	5643	0	5643
TOTAL GENERAL :			11286	5643	0	5643

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25043 (1993429)
Validez : Desde el 27/11/2017 al 27/12/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302026	1	CREATINQUINASA CK-TOTAL	2399	1200	0	1199
0000302063	2	TRANSAMINASAS (OXALA	2478	1239	0	1239
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	434	0	433
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000302012	1	BILIRRUBINA TOTAL	996	498	0	498
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	522	0	521
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	0	374
TOTAL GENERAL :			13732	6868	0	6864

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25271 (2004002)
Validez : Desde el 26/12/2017 al 25/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

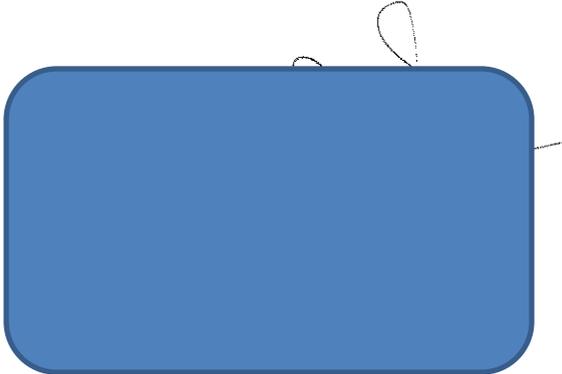
Paciente : 
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 
Institución : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN
NPI : 
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

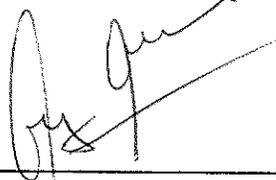
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101062	1	CONSULTA MEDICA GINECOLOGIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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.




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25078 (1996249)**
Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **DR. FRANCISCO ADRIAZOLA GALLARDO**
Especialidad : **MED. CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

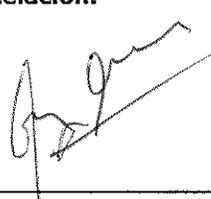
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	2	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	2776	2776	0	0
0000601011	10	(AF) ULTRA SONIDO	15040	15040	0	0
0000601005	10	RADIACION IN FARROJA, HORNO, BAÑOPARAFINA, COMPRESAS HUMEDAS	6260	6260	0	0
0009920002	1	EXAMENES	1870	1870	0	0
0000601008	10	LASERTERAPIA POR SESION	14110	14110	0	0
TOTAL GENERAL :			40056	40056	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





PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : 25116 (1998204)
Validez : Desde el 07/12/2017 al 06/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

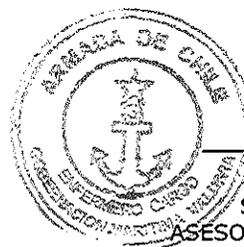
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

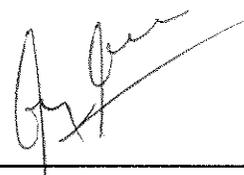
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
TOTAL GENERAL :			7914	3957	0	3957

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





PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : **25147 (1999877)**
 Validez : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : SI MISMO
 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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
TOTAL GENERAL :			7914	5936	0	1978

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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25084 (1996394)**
 Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **SI MISMO**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
 N° CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : **DRA. PAOLA JARA A.**
 Especialidad : **MED. CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	783	0	260
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	562	0	187
0000302063	2	TRANSAMINASAS (OXALA	2478	1859	0	619
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	651	0	216
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000302012	1	BILIRRUBINA TOTAL	996	747	0	249
0000302026	1	CREATINQUINASA CK-TOTAL	2399	1800	0	599
TOTAL GENERAL :			13732	10303	0	3429

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25080 (1996263)
Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. CARMEN FUENTES
Especialidad : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

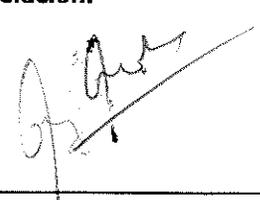
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404012	1	ECOTOMOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	18150	9075	0	9075
TOTAL GENERAL :			18150	9075	0	9075

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25149 (1999983)
Validez : Desde el 13/12/2017 al 12/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : DR. DANIEL GUILLIER
Especialidad : MED. INTERNA

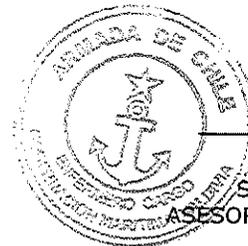
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25083 (1996390)**
 Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 : **DR. ALEX RUIZ S.**
 Especialidad : **GASTROENTEROLOGO**

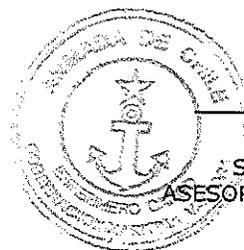
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	0	3008
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	3693	0	3692
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000309013	1	MICROALBUMINURIA	2189	1095	0	1094
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	1652	0	1651
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
TOTAL GENERAL :			31500	15753	0	15747

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25131 (1999055)**
 Validez : Desde el 11/12/2017 al 10/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 : **DRA. CARMEN FUENTES**
 Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101062	1	CONSULTA MEDICA GINECOLOGIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25310 (2005725)**
 Validez : Desde el 28/12/2017 al 27/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **SI MISMO**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN**
 NPI : [REDACTED]
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

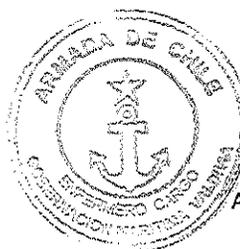
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25030 (1992864)**
 Validez : Desde el 24/11/2017 al 24/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **SI MISMO**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
 N° CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
 Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404016	1	ECOTOMOGRAFIA VASCULAR PERIFERICA, ARTICULAR O DE PARTES BLANDAS	18150	13613	0	4537
TOTAL GENERAL :			18150	13613	0	4537

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25031 (1992873)**
Validez : Desde el 24/11/2017 al 24/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : 2 [REDACTED]
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
Especialidad : **MED. GENERAL**

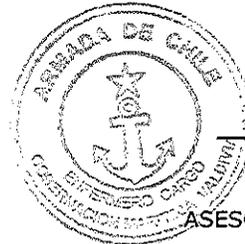
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404016	1	ECOTOMOGRAFIA VASCULAR PERIFERICA, ARTICULAR O DE PARTES BLANDAS	18150	9075	0	9075
TOTAL GENERAL :			18150	9075	0	9075

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : **25032 (1992880)**
 Validez : Desde el 24/11/2017 al 24/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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**
 Nº CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
 Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401010	1	MAMOGRAFIA BILATERAL (4 EXP.)	14990	7495	0	7495
TOTAL GENERAL :			14990	7495	0	7495

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25195 (2002203)
Validez : Desde el 19/12/2017 al 18/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	6017	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000305070	2	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	13262	13262	0	0
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1493	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	2628	2628	0	0
0000309013	1	MICROALBUMINURIA	2189	2189	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
TOTAL GENERAL :			40530	40530	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.



[Handwritten Signature]
PEDRO SUAZO LOYOLA

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 : 25090 (1996470)
Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAOLA JARA A.
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302012	1	BILIRRUBINA TOTAL	996	747	0	249
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	783	0	260
0000302047	2	GLUCOSA EN SANGRE	1498	1124	0	374
0000302063	2	TRANSAMINASAS (OXALA	2478	1859	0	619
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	651	0	216
0000305070	2	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	13262	9947	0	3315
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1120	0	373
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	2478	0	825
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	2871	0	957
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
0009920002	1	EXAMENES	3443	2583	0	860
		TOTAL GENERAL :	33021	24771	0	8250

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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25091 (1996480)
Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº 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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
TOTAL GENERAL :			7914	5936	0	1978

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25070 (1994839)**
 Validez : Desde el 29/11/2017 al 29/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

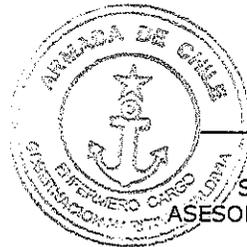
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
TOTAL GENERAL :			7914	3957	0	3957

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25069 (1994830)**
Validez : Desde el 29/11/2017 al 29/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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] 0
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

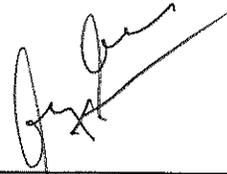
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	0	374
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000309013	1	MICROALBUMINURIA	2189	1095	0	1094
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	1652	0	1651
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	1914	0	1914
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
TOTAL GENERAL :			16762	8383	0	8379

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





PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : 25274 (2004134)
Validez : Desde el 26/12/2017 al 25/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

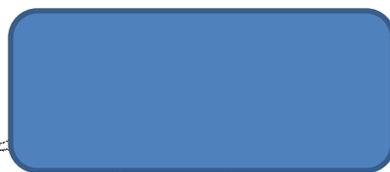
Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 2 [REDACTED]
Pedida Por : DR. LUIS RAPOSO SANCHES
Especialidad : MED. CARDIOLOGO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101513	1	CONSULTA CARDIOLOGO	19589	/ 9795	0	9794
TOTAL GENERAL :			19589	/ 9795	0	9794

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



PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25182 (2001639)
Validez : Desde el 18/12/2017 al 17/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.
Especialidad : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	2628	1314	0	1314
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000302032	3	ELECTROLITOS	2952	1476	0	1476
0009920002	1	EXAMENES	847	424	0	423
0000305020	1	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA SCAT, WAALER R	3431	1716	0	1715
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	3009	0	3008
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	3693	0	3692
0000309028	1	PROTEINURIA	1110	555	0	555
0000309010	1	CREATININA EN ORINA 24 HORAS (CREATINURIA)	1101	551	0	550
0000309013	1	MICROALBUMINURIA	2189	1095	0	1094
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	0	1914
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	1652	0	1651
0000303018	1	PTH	4950	2475	0	2475
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
TOTAL GENERAL :			52347	26178	0	26169

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



[Handwritten Signature]
 Pedro Suazo Loyola
 S 2° (Enf. T.A.C. Pp.)
 ENFERMERO DE CARGO
 11-01-201

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 : 25181 (2001628)
Validez : Desde el 18/12/2017 al 17/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

Con la presente, [REDACTED] se indican:

Paciente : 4929866-8 GLORIA DEL T. GALINDO BRANTES
Parentesco : [REDACTED]
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 3820556-0 JUAN ARMANDO AGUILAR OJEDA
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22072160000
Pedida Por : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.
Especialidad : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101527	1	CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGO	19589	9795	0	9794
TOTAL GENERAL :			19589	9795	0	9794

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25141 (1999578)
Validez : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
Nº 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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
TOTAL GENERAL :			7914	3957	0	3957

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





PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
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 : **25142 (1999582)**
 Validez : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **SI MISMO**
 Repartición : **SIN REPARTICION**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
 N° CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
 Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101527	1	CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGO	19589	14692	0	4897
TOTAL GENERAL :			19589	14692	0	4897

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25272 (2004097)
 Validez : Desde el 26/12/2017 al 25/01/2018
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : SI MISMO
 Repartición : SIN REPARTICION
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
 Nº CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : DR. DANIEL GUILLIER
 Especialidad : MED. INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1801	0	600
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	4513	0	1504
0000302032	3	ELECTROLITOS	2952	2214	0	738
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1120	0	373
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
TOTAL GENERAL :			17185	12890	0	4295

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.



[Handwritten signature]

Firma - Nombre - RUN
 Beneficiario

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25077 (1995649)**
 Validez : Desde el 30/11/2017 al 30/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 : **DRA. CARMEN FUENTES**
 Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	2401	0	0
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	4390	0	0
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	749	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	1043	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
TOTAL GENERAL :			16733	16733	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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : 25127 (1998467)
Validez : Desde el 07/12/2017 al 06/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
		TOTAL GENERAL :	7914	7914	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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25074 (1995501)**
 Validez : Desde el 30/11/2017 al 30/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 :

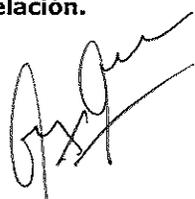
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	0	0

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25280 (2004507)**
 Validez : Desde el 26/12/2017 al 25/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 : **JOAQUIN PAVON**
 Especialidad : **GINECOLOGO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404005	1	ECOTOMOGRAFIA TRANSV. TRAN	16351	8176	0	8175
TOTAL GENERAL :			16351	8176	0	8175

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



 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25122 (1998434)**
 Validez : Desde el 07/12/2017 al 06/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 : **LUIS CONCHA MOSQUERA**
 Especialidad : **MED.INTERNA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

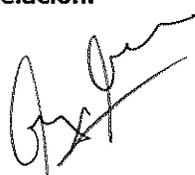
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	13189	6595	0	6594
TOTAL GENERAL :			13189	6595	0	6594

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

5/11

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 : 25096 (1996775)
Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : JAVIERA MALDONADO
Especialidad : FONOAUDIOLOGÍA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001303005	1	REHABILITACION DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MA	2468	1234	617	617
TOTAL GENERAL :			2468	1234	617	617

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25206 (2002272)
Validez : Desde el 19/12/2017 al 18/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

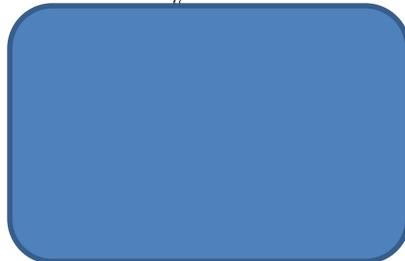
Paciente : 
Parentesco : SI MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA
Responsable : 
Institución : ARMADA
NPI : 
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
		TOTAL GENERAL :	7914	7914	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.




PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25081 (1996366)**
 Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco :
 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 :

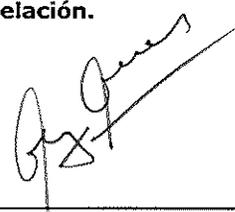
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	2588	0	2588
0000801001	1	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE (PAP)	4826	2413	0	2413
TOTAL GENERAL :			10002	5001	0	5001

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





PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : **25140 (1999533)**
 Validez : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **CONYUGE**
 Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE 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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	2588	0	2588
TOTAL GENERAL :			5176	2588	0	2588

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



PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25148 (1999966)**
 Validez : Desde el 13/12/2017 al 12/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **CONYUGE**
 Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **ARMADA**
 NPI : [REDACTED]
 Pedida Por : **EDITH GARCIA HERRERA**
 Especialidad : **MATRONA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

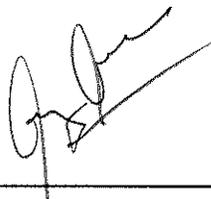
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000303014	1	GONADOTROFINA CORIONICA, SUB UNIDAD BETA EN SANGRE	3828	1914	1339	575
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	283	122
TOTAL GENERAL :			4638	2319	1622	697

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25184 (2001732)
Validez : Desde el 18/12/2017 al 17/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE 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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	2588	0	2588
TOTAL GENERAL :			5176	2588	0	2588

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25114 (1997755)**
 Validez : Desde el 06/12/2017 al 05/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5176	5176	0	0
TOTAL GENERAL :			5176	5176	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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

4/01

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 : **25234 (2002882)**
 Validez : Desde el 20/12/2017 al 19/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco :
 Repartición : **GOBERNACION MARITTIMA DE VALDIVIA**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **ARMADA**
 NPI : [REDACTED]
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

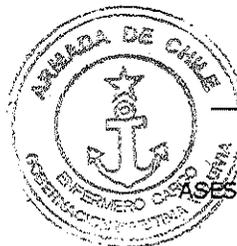
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
TOTAL GENERAL :			7914	3957	0	3957

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25176 (2001314)**
Validez : Desde el 15/12/2017 al 14/01/2018
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : [REDACTED]
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**
Especialidad : **MED. GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301087	1	VITAMINA B12, ABSORCIÓN DE (CO 57 O SIMIL.)	8696	4348	0	4348
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	3693	0	3692
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	0	374
0000301026	1	FERRITINA	3999	2000	0	1999
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	2628	1314	0	1314
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	1914	0	1914
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
TOTAL GENERAL :			39891	19948	0	19943

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.



[Handwritten signature]

Pedro Saez Loyola
S 2° (Ent. T.A.C. Po.)
ENFERMERO DE CARGO

11-01-201

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 : **25180 (2001568)**
 Validez : Desde el 18/12/2017 al 17/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **HIJOS**
 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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25073 (1994973)**
 Validez : Desde el 29/11/2017 al 29/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **HIJOS**
 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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25076 (1995644)
Validez : Desde el 30/11/2017 al 30/12/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
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
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	5.176	2588	0	2588
TOTAL GENERAL :			5.176	2588	0	2588

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25221 (2002757)**
 Validez : Desde el 20/12/2017 al 19/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **HIJOS**
 Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **ARMADA**
 NPI : [REDACTED]
 Pedida Por : **DR. CARMEN SEPULVEDA FERNANDEZ**
 Especialidad : **MED. ESP. PEDIATRA**

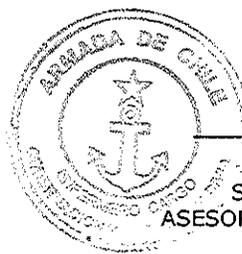
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306011	1	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE...	2628	1314	919	395
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	522	224
TOTAL GENERAL :			4121	2061	1441	619

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25187 (2001827)**
 Validez : Desde el 18/12/2017 al 17/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **SI MISMO**
 Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **ARMADA**
 NPI : [REDACTED]
 Pedida Por : **DRA. ROSARIO NEGRÓN L.**
 Especialidad : **MED.GENERAL**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401059	1	ESTUDIO MUÑECA O TOBILLO (FRONT., LATERAL Y O	6911	6911	0	0
TOTAL GENERAL :			6911	6911	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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25179 (2001565)
Validez : Desde el 18/12/2017 al 17/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

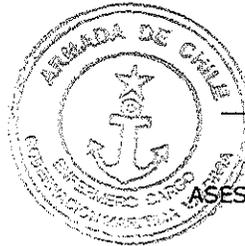
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25293 (2005289)
Validez : Desde el 28/12/2017 al 27/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 :

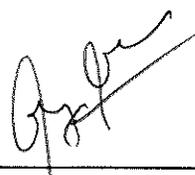
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	0	0

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25282 (2004666)**
Validez : Desde el 27/12/2017 al 26/01/2018
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

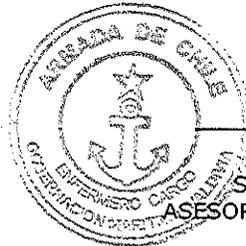
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : **25007 (1991582)**
 Validez : Desde el 22/11/2017 al 22/12/2017
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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 : **DR. ALEX RUIZ S.**
 Especialidad : **GASTROENTEROLOGO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

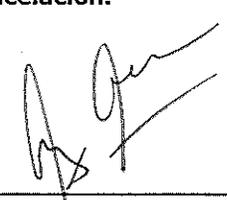
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101525	1	CONSULTA GASTROENTEROLOGO	20689	10345	0	10344
TOTAL GENERAL :			20689	10345	0	10344

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25236 (2003067)
Validez : Desde el 20/12/2017 al 19/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

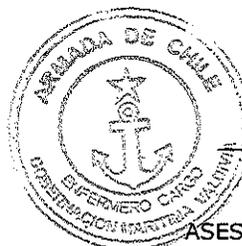
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
		TOTAL GENERAL :	7914	3957	0	3957

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



PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25235 (2003062)
Validez : Desde el 20/12/2017 al 19/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CORRAL
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. CARMEN FUENTES
Especialidad : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	1536	659
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	262	112
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	1652	1156	495
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	1914	1339	575
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	283	122
TOTAL GENERAL :			13080	6541	4576	1963

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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25115 (1998200)
Validez : Desde el 07/12/2017 al 06/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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
Nº 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
0000101062	1	CONSULTA MEDICA GINECOLOGIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD:

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

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
 Número : 25100 (1997049)
 Validez : Desde el 05/12/2017 al 04/01/2018
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
		TOTAL GENERAL :	7914	3957	0	3957

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25098 (1996963)
Validez : Desde el 05/12/2017 al 04/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSTONADO ARMADA CAPREDENA
Nº 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
0000101062	1	CONSULTA MEDICA GINECOLOGIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten Signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1º (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25253 (2003291)
Validez : Desde el 21/12/2017 al 20/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : DR. DANIEL GUILLIER
Especialidad : MED. INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101515	1	CONSULTA NUTRICIONISTA	9128	4564	0	4564
TOTAL GENERAL :			9128	4564	0	4564

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.

[REDACTED]

Firma - Nombre - RUN
 Beneficiario



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25121 (1998433)
Validez : Desde el 07/12/2017 al 06/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : LUIS CONCHA MOSQUERA
Especialidad : MED.INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	444	222	0	222
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
0000301059	1	TIEMPO DE PROTROMBINA	1501	751	0	750
0000301085	1	TIEMPO DE TTPK	1605	803	0	802
0000301026	1	FERRITINA	3999	2000	0	1999
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
0000308004	3	HEMORRAGIAS OCULTAS	2295	1148	0	1147
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	0	1914
TOTAL GENERAL :			21888	10947	0	10941

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25263 (2003641)
Validez : Desde el 22/12/2017 al 21/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

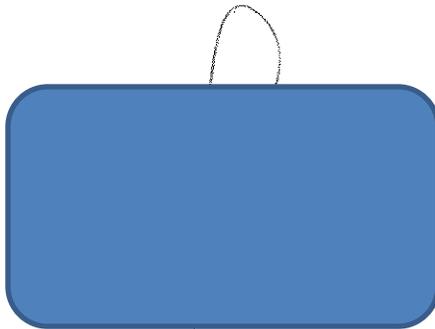
Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
		TOTAL GENERAL :	7914	5936	0	1978

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.



PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25273 (2004103)
Validez : Desde el 26/12/2017 al 25/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA

Dirección :

Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
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
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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.

[REDACTED]



[REDACTED]

PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25207 (2002292)
Validez : Desde el 19/12/2017 al 18/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
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 : [REDACTED]
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

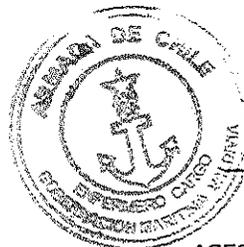
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	/ 7914	0	0
		TOTAL GENERAL :	7914	/ 7914	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.

[REDACTED]
 Firma - Nombre - RUN
 Beneficiario



[REDACTED]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25194 (2002188)
Validez : Desde el 19/12/2017 al 18/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. MARIA ABURTO I.
Especialidad : ENDOCRINOLOGA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	3828	0	0
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	3512	0	0
0000303028	1	TRIYODOTIRONINA	3512	3512	0	0
TOTAL GENERAL :			11662	11662	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



 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25057 (1994050)
 Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : SI MISMO
 Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : ARMADA
 NPI : [REDACTED]
 Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
 Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

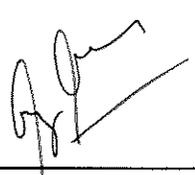
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	7914	0	0
TOTAL GENERAL :			7914	7914	0	0

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




 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

Examen

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 : **25050 (1993756)**
Validez : Desde el 27/11/2017 al 27/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO CORRAL**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

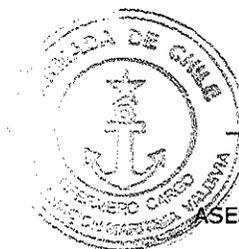
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	13600	13600	0	0
TOTAL GENERAL :			13600	13600	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



[Handwritten signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : 25257 (2003356)
Validez : Desde el 21/12/2017 al 20/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : LSR 1705 CHACAO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

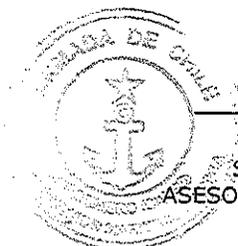
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



[Handwritten signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : **25276 (2004211)**
 Validez : Desde el 26/12/2017 al 25/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : **HIJOS**
 Repartición : **LSR 1705 CHACAO**
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : **ARMADA**
 NPI : [REDACTED]
 Pedida Por : **DRA. ADRIANA INCER G.**
 Especialidad : **PEDIATRA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401151	1	PELVIS,CADERA,COXO DE RN LACTANTE O NINO MENO	5735	2868	2007	860
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	126	63	44	19
TOTAL GENERAL :			5861	2931	2051	879

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



[Handwritten Signature]

REDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDIA

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 : 25287 (2005082)
Validez : Desde el 27/12/2017 al 26/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : LSR 1705 CHACAO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DRA. PAOLA CANARIO GAJARDO
Especialidad : PEDIATRA - CARDIOLOGO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	4302	2151	2151
TOTAL GENERAL :			8604	4302	2151	2151

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



[Handwritten signature]

 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25284 (2005020)
Validez : Desde el 27/12/2017 al 26/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : LSR 1705 CHACAO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

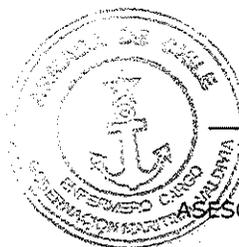
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 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 : 25129 (1998972)
Validez : Desde el 11/12/2017 al 10/01/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : DR. VALESKA GONZALEZ
Especialidad : MED- PEDIATRA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404003	1	ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO, VIA	17318	8659	6061	2598
TOTAL GENERAL :			17318	8659	6061	2598

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



[Handwritten Signature]

PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
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 : **25082 (1996380)**
 Validez : Desde el 04/12/2017 al 03/01/2018
 Tipo : **AMBULATORIA**

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
 Dirección :
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : SI MISMO
 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
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
TOTAL GENERAL :			7914	5936	0	1978

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 1° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI