

OFICINA DE PARTES
- 3 ENE. 2018
DEPTO. ABASTECIMIENTO



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

RUT 61.607.301-K
FACTURA NO AFECTA
O EXENTA ELECTRONICA
N° 2095

S.I.I. - CONCEPCION

Señor(es)	HOSPITAL NAVAL ALMTE.ADRIAZOLA	RUT	61.102.025-2
Giro	HOSPITALES Y CLINICAS	Fecha Emisión	26 de diciembre de 2017
Dirección	MICHIMALONGO S/N , LAS CANCHAS	Comuna	TALCAHUANO
Contacto	SIN ESPECIFICAR	Vendedor	

DETALLE					
Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Ind	Total
70102004001	ATENCION AMBULATORIA M.L.E	1	9.730	EX	9.730
70102005001	VENTA MEDICAMENTOS M.L.E (Pref.2636)	1	3.810	EX	3.810

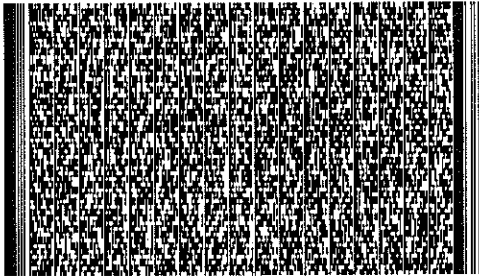
1 1 ENE. 2018

1 6 ENE. 2018
INGRESO FACTORIAS

EGRESOS		
CODIGO LU.RP 2010		
N° CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TARIFA	MONTO
11		
TOTALS 13.540.-		

53.211.99.050.0000 (900)
21572 11 950 0000

TOTALES	
Monto Exento	13.540
Total	13.540



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

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN



Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 101529 (2011191)
Validez : Desde el 15/01/2018 al 14/02/2018
Tipo : AMBULATORIA

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

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

Paciente :
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable :
Institución : PENSTONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA :
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9730	4865	0	4865
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	3810	1905	0	1905
TOTAL GENERAL :			13540	6770	0	6770

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario


ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica: