

Servicio de Salud del Maule

Hospital Parral

SERVICIO PUBLICO

Anibal Pinto N° 1255 • Teléfono: 073-566900 Fax: 567002A DE PARTE
Casilla 95 PARRAL

R.U.T.: 61.606.918 - 7

FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

Nº 006465

29 DIC. 2017

DEPTO. ASASTECIMIENTO

S.I.I. - PARRAL

de de 20

Parral 08 diciembre 17

Señor (a): HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA

RUT:

Comuna: 81102025 - 2

Giro: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

O / Compra: TALCAHUANO

Teléfono: SERVICIO PUBLICO

Cond. de Venta:

Por lo siguiente:

DEBE

Cantidad	DETALLE	Precio Unit.	TOTAL
	POR ATENCIONES OTORGADAS EN HOSPITAL DE PARRAL		
1	07.02.003.004 EXS. Y RXS.(part.o/conv.)	1.428	1.428
1	07.02.004.004 CONS.MEDICAS (part.o/conv.)	10.908	10.908

16 ENE. 2018

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM

TAREA

MONTO

Són:

NOMBRE:

RECINTO:

TOTAL \$

FECHA: 23/12/17

FIRMA:

TOTAL \$

12.336

S.E.G.O

IMPRESA PARRAL RUT:9.148.725-K F.Fax 2461950

Original: Cliente

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 : **101531 (2011236)**
Validez : Desde el 15/01/2018 al 14/02/2018
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61606918-7 HOSPITAL DE PARRAL
Dirección : **ANIBAL PINTO S/N**
Fono : **(73) 462031**

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

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

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	10908	5454	0	5454
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	1428	714	0	714
TOTAL GENERAL :			12336	6168	0	6168

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: