



**SERVICIO DE SALUD NUBLE
HOSPITAL DE SAN CARLOS DR
BENICIO ARZOLA MEDIN**

Giro: HOSPITAL

GAZMURI 448- SAN CARLOS

eMail : JOSELUIS.BOCAZ@REDSALUD.GOV.CL

Telefono : 42 2586257

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:61.607.002- 9

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº770

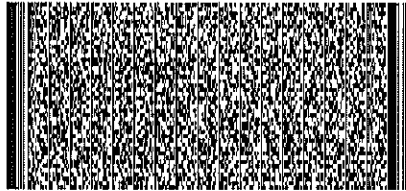
S.I.I. - SAN CARLOS

Fecha Emision: 27 de Noviembre del 2017

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	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
431-010304	EXAMENES PART/CONV.	1	48.610			48.610
431-010404	AT. AMB. PART/CONV.	1	25.990			25.990
431-010504	MEDICAMENTOS PART/CONV.	1	24.940			24.940
431-0107	TRASLADO PART/CONV.	1	5.750			5.750

Forma de Pago:Contado



Timbre Electrónico SII

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

18 ENE. 2018

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0
EXENTO \$ 105.290
TOTAL \$ 105.290

11 ENE. 2018

EGRESOS

CODIGO LU.RR 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 105.290.-

C. Orden

5324.99.000.0000 (S1011)
21572.11.990.0000

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN****Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 101535 (2011259)
Validez : Desde el 15/01/2018 al 14/02/2018
Tipo : AMBULATORIA**A** : 61607002-9 HOSPITAL DE SAN CARLOS
Dirección : GAZMURI, N°448, CHILLAN
Fono :

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

Paciente : 
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° 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
0000101205	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA	16260	12195	0	4065
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	37190	27893	0	9297
TOTAL GENERAL :			53450	40088	0	13362

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
BeneficiarioALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICOEstimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.**INFORME MEDICO**

Paciente:

Ficha Clínica:

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

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **101534 (2011256)**
Validez : Desde el 15/01/2018 al 14/02/2018
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607002-9 HOSPITAL DE SAN CARLOS
Dirección : GAZMURI, N°448, CHILLAN
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 : **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	7298	0	2432
0009920002	1	EXAMENES	42110	31583	0	10527
TOTAL GENERAL :			51840	38881	0	12959

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: