



HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
PRESTACIONES MEDICAS

San Martín 1436 - Concepción
Teléfono 41 272 2500 (Mesa Central)

R.U.T.: 61.602.189-3
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº 3039

S.I.L - CONCEPCIÓN

sepulveda

Concepción, 22-Diciembre-2017

Señores	: HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA	R.U.T.	: 61.102.025-2
Dirección	: MICHIMALONGO S/N - BASE NAVAL	Ciudad	: TALCAHUANO
Giro	: 0	Comuna	: TALCAHUANO
		Guía de despacho	:

Por lo siguiente:

a: SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL CL. REG. CONCEPCIÓN

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310103	EXAMENES		52.497
4310104	CONSULTA MEDICA		13.980
4310105	MEDICAMENTOS		3.851
4310107	TRASLADO		5.317

Son: SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS.

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

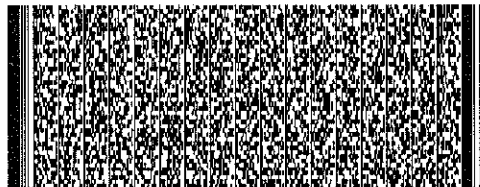
Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

LS 75.645.-

MONTO EXENTO	\$	75.645
MONTO TOTAL	\$	75.645



Timbre Electronico SII
Res. Nº 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

53211.95 000 0000 (901)
21522 11 950 8000

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 : **101548 (2011302)**
Validez : Desde el 15/01/2018 al 14/02/2018
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
Dirección : **SAN MARTIN, CONCEPCION**
Fono : **224280**

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

Paciente : 
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **ESCUELA DE GRUMETES ALEJANDRO NAVARRETE CISTERNA**
Responsable : 
Institución : **ARMADA**
NPI : 
Pedida Por : **ROBINSON CORRAL BOBADILLA**
Especialidad : .

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	13980	6990	3495	3495
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	61665	30833	0	30832
TOTAL GENERAL :			75645	37823	3495	34327

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: