



**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA  
HOSPITAL BASE**

Giro: SALUD  
BUERAS 1003- VALDIVIA  
eMail : LUIS.VILLA@REDSALUD.GOV.CL Telefono

R.U.T.:61.607.502- 0

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

**Nº4050**

**S.I.I. - VALDIVIA**

Fecha Emision: 05 de Diciembre del 2017

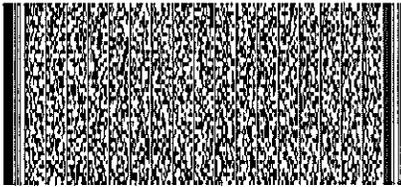
TIPO DE VENTA: DEL GIRO

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIRANTE  
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

26 ENE. 2018  
INBBEER EMPHRA

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
0702001004-431010104	DIA CAMA PART.	1	82.793			82.793
0702002004-431010204	PABELLON PART.	1	3.204.901			3.204.901
0702004004-431010404	AT. MEDICA PART.	1	149.248			149.248
0702005004-431010504	MEDICAMENTOS PART. PRESTACIONES ASISTENCIALES SEGÚN ORDENES DE ATENCION ADJUNTAS RENDICION 34	1	199.117			199.117

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	3.636.059
TOTAL	\$	3.636.059

EGRESOS		
CODIGO LU.RR 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		3.636.059.

53211 95 030 0000 (9001)  
21522 11 990 0000

Autorypawin AFSA n° 9681 del 06.11.2017

**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** : 25288 (2005200)  
**Validez** : Desde el 27/12/2017 al 26/01/2018  
**Tipo** : HOSPITALIZADA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CENTRAL ODONTOLOGICA MAGALLANES  
**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
0000200001	1	HOSPITALIZACIÓN	3521999	1761000	1760999	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			3521999	1761000	1760999	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 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** : 24817 (1983228)  
**Validez** : Desde el 03/11/2017 al 03/12/2017  
**Tipo** : HOSPITALIZADA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CENTRAL ODONTOLOGICA MAGALLANES  
**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
0000200001	1	HOSPITALIZACIÓN	28150	14075	14075	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			28150	14075	14075	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** : 24559 (1972530)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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** : DRA. BARBARA RAMOS T.  
**Especialidad** : NEUROLOGA PEDIATRA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26750	13375	0	13375

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** : 24720 (1978663)  
**Validez** : Desde el 24/10/2017 al 23/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE IQUIQUE  
**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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	32410	/ 16205	0	16205
<b>TOTAL GENERAL :</b>			32410	/ 16205	0	16205

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** : 24535 (1971303)  
**Validez** : Desde el 06/10/2017 al 05/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA  
**Dirección** : SIMPSON N° 850 VALDIVIA  
**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** : DRA. PAULA LEHMANN F.  
**Especialidad** : NEFROLOGÍA

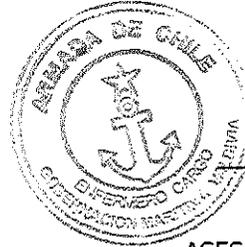
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

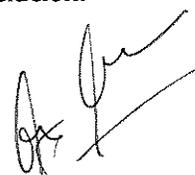
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	26750	13375	0	13375
<b>TOTAL GENERAL :</b>			26750	13375	0	13375

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