



**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

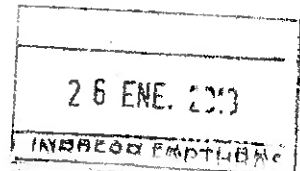
**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

**Nº840**

S.I.I. - SAN CARLOS

Fecha Emision: 20 de Diciembre 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  |
|------------|-------------------------|----------|--------|---------------|--------|--------|
| 431-010404 | AT. AMBULAT. PART/CONV. | 1        | 19.460 |               |        | 19.460 |
| 431-010504 | MEDICAMENTOS PART/CONV. | 1        | 9.160  |               |        | 9.160  |

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0  
EXENTO \$ 28.620  
TOTAL \$ 28.620

| EGRESOS           |         |       |
|-------------------|---------|-------|
| CODIGO LU.RP 2010 |         |       |
| Nº CHEQUE         |         |       |
| Fecha CHEQUE      |         |       |
| Tipo Fondos       |         |       |
| ITEM              | CAPITAL | MONTA |
| 1                 |         |       |
|                   |         |       |
|                   |         |       |
| TOTAL \$ 28.620.- |         |       |

5320, 95.050.000 (9.00)  
21572 11 950 000

**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 : 102498 (2024847)  
Validez : Desde el 26/02/2018 al 28/03/2018  
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 : AS  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : FF 19 ALMIDANTE MILITARE  
Responsable:  
Institución : ARMADA  
NPI : 532714-6  
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   | 9730           | 0       | 0       |
| 0009920004      | 1    | FARMACOS O INSUMOS       | 1800   | 1800           | 0       | 0       |
| TOTAL GENERAL : |      |                          | 11530  | 11530          | 0       | 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

CRISTIAN GONZALEZ GARFAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO (S)

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:

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 : 102497 (2024845)  
Validez : Desde el 26/02/2018 al 28/03/2018  
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 REPARTICIÓN  
Responsable :  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA .0  
N° CUENTA : 32042297000  
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 |
|-----------------|------|--------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920004      | 1    | FARMACOS O INSUMOS       | 7360   | 5520           | 0       | 1840    |
| 0000101001      | 1    | CONSULTA MEDICA ELECTIVA | 9730   | 7298           | 0       | 2432    |
| TOTAL GENERAL : |      |                          | 17090  | 12818          | 0       | 4272    |

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

CRISTIAN GONZALEZ GARFAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO (S)

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: