



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**

N° 3260

S.I.L - CONCEPCION

asapulveda

26 ENE. 2018

IMPRESA FACTURAS

Señores : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Dirección : MICHIMALONGO S/N - BASE NAVAL
Circ : 0
Comuna : TALCAHUANO
Concepción, 17-Enero-2018
R.U.T. : 61.102.025- 2
Ciudad : TALCAHUANO
Guía de despacho :

Por lo siguiente:

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

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
4310104	CONSULTA MEDICA POR ATENCION		22.100

Sum: VEINTIDOS MIL CIENTO PESOS.

EGRESOS

MONTO EXENTO	\$	22.100
MONTO TOTAL	\$	22.100

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	CAUSA	MONTO
11		

TOTAL \$ 22.100.-



Timbre Electronico SII
Res. N° 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

53211, 95.050.0000 (9501)
21522 11 950 0000

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 : 102513 (2025012)
Validez : Desde el 26/02/2018 al 28/03/2018
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 : MUJER
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ARMADA TALCAHUANO
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI : 655894-3
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad : MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101502	1	CONSULTA ESPECIALISTA PEDIATRA	22100	11050	0	11050
TOTAL GENERAL :			22100	11050	0	11050

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-SM
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

na Clínica: