

Recetario Magistral Endovenoso Sociedad Anónima

FABRICACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
FARMACIA RECETARIO MAGISTRAL Y PERFUMERÍA

CASA MATRIZ

Ignacio Valdivieso 2361, San Joaquín, Santiago - Fono: 368 4801 - Fax: 424 7460

SUCURSAL

Freire 32, Concepción - Fono: (56-41) 224 7726

cotizaciones@fresenius-kabi.cl - www.fresenius-kabi.cl

R.U.T. 77.807.840-6

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 23255

S.I.I - SANTIAGO SUR
5600533413



Entrega

Razon Social: HOSPITAL NAVAL DE TALCAHUANO

Dirección: MICHIMALONGO S/N

Comuna/Ciudad: TCHNO El Bio Bio

Contacto: CIR SA /CA

Teléfono: 41-743056

SEÑOR(ES): HOSPITAL NAVAL DE TALCAHUANO

DIRECCIÓN: MICHIMALONGO S/N

R.U.T.: 61.102.025-2

GIRO:

COND.VENTA: CRÉDITO

FONO: 41-743056

PROGRAMA:

ORDEN DE COMPRA:

FECHA: 30 de Abril-2016

CIUDAD: TCHNO

VCTO: 29 de Julio-2016

ENTREGA: 86417101

GUIA DESP. Nº: 216749

POR LO SIGUIENTE:

DEBE

CANTIDAD	COD.DE PRODUCTO	SERIE	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VENCIMIENTO	ORDEN DE COMPRA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	504SM		C/U	NPT 1001 - 2000 ML SMOF LIPID			56.700	56.700
1	504SM		C/U	NPT 1001 - 2000 ML SMOF LIPID			56.700	56.700

EGRESOS

CODIGO URP 2010

Nº CHEQUE

Fecha Cheque

Tipo Fondo

ITEM

DETA

CIEN

03.211.59.060.800 (900)
21522 11 450 1060

SON: CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIÓN: NPT

TOTAL \$ 134.946

SUB-TOTAL

113.400

NETO

113.400

IVA (19%)

21.546

TOTAL

134.946

Timbre Electronico SII

Res. 56 de 2010

Verifique documento: www.sii.cl

Solución Factura Electrónica www.acepta.com

10/5/16

ARMADA DE CHILE
IIa. ZONA NAVAL
HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)

C A R T A O R D E N
(Autorización de Atención)

NRO. 101422600
FECHA. 24-05-2016

Al: RECETARIO MAGISTRAL ENDOVENOSO

Dirección : AV.SALVADOR 1793 SANTIAGO

Fono: 2048624

Nombre Paciente : MANSILLA DEL PINO DANILO ALFRE
Nombre Respons. :
Institución : 200 Parentesco : SI MISMO

R.U.N. : 005416593-5
R.U.N. : 005416593-5
N.P.I. : 6460000

Factura Nro. : 22255 Fecha 07/16 Monto(\$): 67.473,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole

Servicios de : PREPARACION ONCOLOGICA

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: VILA TAPIA ANTONIO Especialidad : ONCOLOGIA

NOTA : Interconsulta válida sólo para la cobertura de gastos de urgencia y hospitalización, hasta que el paciente antes individualizado pueda ser trasladado a Hospital Naval (T). NO VALIDA PARA COBERTURA DE EXTRAS.

Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2
adjuntando :

- 1.ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
- 2.ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
- 3.INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
- 4.DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS,Y/O MEDICAMENTOS
- 5.EN CASO HOSPITALIZ.,ADJUNTAR COPIA HIST.CLINICA PCTE.

Esta Orden de Atención tiene una VALIDEZ DE 30 DIAS para su cobro.
"Considerase aceptada la Factura o Boleta en cobro, si desde su recepción física y en un plazo no superior a 30 días no nos hemos pronunciado al respecto"

ENVIAR LA DOCUMENTACION A :

Hospital Naval, Michimalongo s/n, Base Naval, TALCAHUANO.



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO

ARMADA DE CHILE

IIa. ZONA NAVAL

HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)

C A R T A O R D E N

(Autorización de Atención)

NRO. 101422700

FECHA. 24-05-2016

Al: RECETARIO MAGISTRAL ENDOVENOSO

Dirección : AV.SALVADOR 1793 SANTIAGO

Fono: 2048624

Nombre Paciente : FUENTES MARQUEZ ZENAIDA DEL CA

R.U.N. : 008272362-5

Nombre Respons. : MAUREIRA ROA SERVANDO ELIAS

R.U.N. : 006946671-0

Institución : 201

Parentesco : CONYUGE

N.P.I. : 5163000

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto(\$) : 67.473,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole

Servicios de : PREPARACION ONCOLOGICA

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: VILA TAPIA ANTONIO Especialidad : ONCOLOGIA

NOTA : Interconsulta válida sólo para la cobertura de gastos de urgencia y hospitalización, hasta que el paciente antes individualizado pueda ser trasladado a Hospital Naval (T). NO VALIDA PARA COBERTURA DE EXTRAS.

Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2
adjuntando :

- 1.ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
- 2.ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
- 3.INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
- 4.DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS, Y/O MEDICAMENTOS
- 5.EN CASO HOSPITALIZ., ADJUNTAR COPIA HIST.CLINICA PCTE.

Esta Orden de Atención tiene una VALIDEZ DE 30 DIAS para su cobro.
"Considerase aceptada la Factura o Boleta en cobro, si desde su recepción física y en un plazo no superior a 30 días no nos hemos pronunciado al respecto"

ENVIAR LA DOCUMENTACION A :

Hospital Naval, Michimalongo s/n, Base Naval, TALCAHUANO.



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO