

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 23115

S.I.I - SANTIAGO SUR
5600510557

Entrega

Razon Social: HOSPITAL NAVAL DE TALCAHUANO

Dirección: MICHIMALONGO S/N

Comuna/Ciudad: TCHNO El Bío Bío

Contacto:

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: 29 de Febrero-2016

CIUDAD: TCHNO

VCTO: 29 de Mayo-2016

ENTREGA: 86279499

GUIA DESP. Nº: 214819

POR LO SIGUIENTE:

DEBE

CANTIDAD	COD.DE PRODUCTO	SERIE	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	VENCIMIENTO	ORDEN DE COMPRA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
2	300100		C/U	Preparación Oncológica			15.000	30.000
2	CL2448D		PZA	DOXORRUBICINA 50 MG (FK)			6.500	13.000
1	CL2444D		PZA	CICLOFOSFAMIDA (FK) 1 GR			5.500	5.500

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM TAREA MONTO

SON: CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS

OBSERVACIÓN FONCO

TOTAL \$

53211.95.060.0000 (9501)

21522 11 950 0060

Guía: 214819

57.715.-

SUB-TOTAL 48.500
NETO 48.500
IVA (19%) 9.215
TOTAL 57.715

Timbre Electronico SII

Res. 56 de 2010

Verifique documento: www.sii.cl

Solución Factura Electrónica www.acepta.com

ARMADA DE CHILE
IIa. ZONA NAVAL D A R T A O R D E N ARO. 101410900
HOSPITAL NAVAL "A.A." (T) (Autorización de Atención) FECHA. 19-04-2016

Dr. RECTORIO MOGISTRO ENDOQUENOSO
Dirección : AV. SALVADOR 1793 SANTIAGO Fono: 8048524

Nombre Paciente : MUÑOZ ESTRADA SYLVIA DE LAS ME R.U.N. : 806934106-3
Nombre Respons. : HERMOSILLA RIQUELME ISMAEL SEG R.U.N. : 8068355221-4
Institución : 801 Parentesco : CONYUGE N.P.I. : 8069200

Factura Nro. : Fecha : Monto(\$): 57.715,20

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

Servicio de : PREPARACION ONCOLOGICA

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: EXTERNO, PROFESIONA Especialidad : MEDICINA GEN

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 POTE.

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