

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

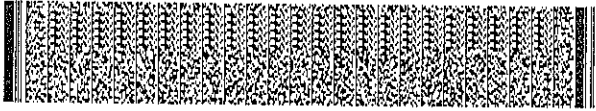
R.U.T. 77.807.840-6

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 23190

S.I.I - SANTIAGO SUR

5600522369



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: 31 de Marzo-2016

CIUDAD: TCHNO

VCTO: 29 de Junio-2016

ENTREGA: 86349658

GUIA DESP. N°: 215792

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

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM

TAREA

MONTO

53.211 49.060 0000 (9001)

21522 11 950 0060

SON: CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS

OBSERVACIÓN: ONCO

TOTALS 57.715. OUTA n° 215792

SUB-TOTAL

48.500

NETO

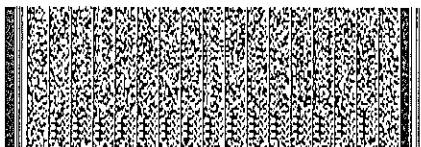
48.500

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
HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)

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

NRO. 101414700
FECHA. 19-04-2016

Al: **RECETARIO MAGISTRAL ENDOVENOSO**

Dirección : AV.SALVADOR 1793 SANTIAGO

Fono: 2048624

Nombre Paciente : **SEPULVEDA CIFUENTES ANA AIDA**
Nombre Respons. : **SEPULVEDA CIFUENTES ANA AIDA**
Institución : 036 Parentesco : SI MISMO

R.U.N. : 008422805-2
R.U.N. : 008422805-2
N.P.I. : 2771000

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto(\$) : 57.715,00

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