

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



THERAPIA

Anderson s.a.

R.U.T. 77.807.840-6

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 23188

S.I.I - SANTIAGO SUR
5600522303

Entrega

Razon Social: HOSPITAL NAVAL DE TALCAHUANO

Dirección: MICHIMALONGO S/N

Comuna/Ciudad: TCHNO El Bío Bío

Contacto: UCI SA/CA4

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: 86349614

GUIA DESP. Nº: 215788

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 LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
------	-------	-------

11

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

OBSERVACIÓN: NPT

TOTALS 134.946

53211. 99.060.8000 (9501)
21522 11 950 0060

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

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. 101414800 ✓
FECHA. 19-04-2016

Al: **RECETARIO MAGISTRAL ENDOVENOSO**

Dirección : **AV.SALVADOR 1793 SANTIAGO**

Fono: 2048624

Nombre Paciente : **TRONCOSO BURGOS CARLOS SAMUEL**
Nombre Respons. : **TRONCOSO BURGOS CARLOS SAMUEL**
Institución : **200** Parentesco : **SI MISMO**

R.U.N. : 003136291-1 ✓
R.U.N. : 003136291-1
N.P.I. : 7244000

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

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. 101414900
FECHA. 19-04-2016

Al: RECETARIO MAGISTRAL ENDOVENOSO

Dirección : AV.SALVADOR 1793 SANTIAGO

Fono: 2048624

Nombre Paciente : FREIRE MORAGA JORGE HERNAN

R.U.N. : 006306975-2

Nombre Respons. : FREIRE MORAGA JORGE HERNAN

R.U.N. : 006306975-2

Institución : 200

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 4855000

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