

# CONSULTORIO GENERAL URBANO VIOLETA PARRA

Giro: Consultorio  
Francisco Ramírez N° 150 - Chillán  
Fono: (42) 2587 039  
Email: yanira.acuna@redsalud.gov.cl

OFICINA DE PARTES

20 MAR. 2017

20 MAR. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

IMPRESA FACTURAS

R.U.T.: 61.931.800 - 5  
FACTURAS DE VENTAS Y SERVICIOS  
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.

Nº 000923

10. 5728059.

S.I.I. CHILLÁN

Chillán 08 de MARZO de 2017

Señor(es): Hospital Naval Almirante Aguirre

Rut.: 61.102025-2

Dirección: Michimalongo s/n sector Las Cauchas Ciudad: Talcahuano. Comuna: Talcahuano.

Giro: Condiciones Pago: Vencimiento:

Por lo siguiente: a: CONSULTORIO GENERAL URBANO VIOLETA PARRA

| Cantidad                                   | Detalle                                                                  | Valor Unitario | Valor Total    |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
|                                            | PRESTACIONES OTORGADAS A PACIENTES.                                      |                |                |
| 431.01.004.02                              | Atenciones Ambulatorias                                                  |                | 43000.-        |
| 431.01.005.02                              | Uta Medicamentos.                                                        |                | 1090.-         |
| EGRESOS                                    |                                                                          |                |                |
| CODIGO L.U.R.P. 2010                       |                                                                          |                |                |
| Nº CHEQUE                                  |                                                                          |                |                |
| Fecha CHEQUE                               |                                                                          |                |                |
| Tipo Fondos                                |                                                                          |                |                |
| ITEM                                       | MONTO                                                                    |                |                |
| 11                                         | Rut: 12.001.825-1<br>Contabilidad y Pto<br>Centro de Salud Violeta Parra |                |                |
| TOTAL \$ 44.090                            |                                                                          |                |                |
| FACTURA EXENTA DE IVA, ART. 12 Y 13 DL 825 |                                                                          |                |                |
| SON: CUARENTA y CUATRO Mil NOVENTA         |                                                                          |                |                |
|                                            |                                                                          |                | Total: 44090.- |

Nancy Kimena Jara Jara

RUT: 7.392.328 - K

53211 99 Dorsales (9001)

Cesfam Violeta Parra

21522 11890 0090

DEPOSITAR PAGO EN  
CTA. CIE.: 52109-122718  
BANCO ESTADO

Nombre: Rut:

Fecha: Recinto: Firma

El acuse del recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra B) del art. N° 4° y la letra C) del Art. 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha (n) sido recibido(s).

ORIGINAL: CLIENTE

**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** : 94246 ( 1885406 )**Validez** : Desde el 23/03/2017 al 22/04/2017**Tipo** : AMBULATORIA**A S.N.S. CONSULT.VIOLETA PARRA****Dirección:** FCO. RAMIREZ,Nº150,CHILLAN**Fono :****Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:****Paciente** : 25444876-1 BELEN IGNACIA POZO JARAMILLO**Parentesco** : HIJOS**Repartición** : SIN REPARTICION**Responsable** : 17516031-0 ASHLEY GERALD POZO AVILA**Institución** : ARMADA**NPI** : 594313-4**Pedida Por** : SIN DATOS DISPONIBLES**Especialidad** :**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

| Código                 | Cant | Descripción            | PRECIO | FOSAN | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|------------------------|--------|-------|---------|---------|
| 101502                 | 1    | CONSULTA NUTRICIONISTA | 6500   | 3250  | 0       | 3250    |
| <b>TOTAL GENERAL :</b> |      |                        | 6500   | 3250  | 0       | 3250    |

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2 Dirección**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**

Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

\_\_\_\_\_  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

  
\_\_\_\_\_  
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

CHRISTIAN WERNER SOTO  
CAPITÁN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLÍNICO (S)

**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** : 94245 ( 1885405 )  
**Validez** : Desde el 23/03/2017 al 22/04/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A S.N.S. CONSULT.VIOLETA PARRA****Dirección:** FCO. RAMIREZ,N°150,CHILLAN**Fono :****Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:**

**Paciente** : 2960306-5 ALBERTINA DEL CARMEN GOMEZ CASTILLO  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 2960306-5 ALBERTINA DEL CARMEN GOMEZ CASTILLO  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 38057952000  
**Pedida Por** : SIN DATOS DISPONIBLES  
**Especialidad** :

**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

| Código                 | Cant | Descripción            | PRECIO | FOSAN | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|------------------------|--------|-------|---------|---------|
| 101502                 | 1    | CONSULTA NUTRICIONISTA | 6500   | 4875  | 0       | 1625    |
| <b>TOTAL GENERAL :</b> |      |                        | 6500   | 4875  | 0       | 1625    |

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2 Dirección  
**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**  
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

\_\_\_\_\_  
Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

\_\_\_\_\_  
ALEJANDRO ESPINOZA BILLESCHIRE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

CHRISTIAN WERNER SOTO  
CAPITÁN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLÍNICO (S)

**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 : 94243 ( 1885402 )  
Validez : Desde el 23/03/2017 al 22/04/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A S.N.S. CONSULT.VIOLETA PARRA**

Dirección: FCO. RAMIREZ,N°150,CHILLAN

Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 6324167-9 BERTA . CASTILLO ANGULO  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 4023414-4 JOSE RENE . LEIVA COLOMA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 22066653000  
Pedida Por : SIN DATOS DISPONIBLES  
Especialidad :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código          | Cant | Descripción              | PRECIO | FOSAN | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|--------------------------|--------|-------|---------|---------|
| 101001          | 1    | CONSULTA MEDICA ELECTIVA | 13250  | 6625  | 0       | 6625    |
| 9920004         | 1    | FARMACOS O INSUMOS       | 1090   | 545   | 0       | 545     |
| TOTAL GENERAL : |      |                          | 14340  | 7170  | 0       | 7170    |

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2 Dirección  
**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**  
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

CHRISTIAN WERNER SOTO  
CAPITÁN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLÍNICO (S)

**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** : 94241 ( 1885396 )  
**Validez** : Desde el 23/03/2017 al 22/04/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A S.N.S. CONSULT.VIOLETA PARRA****Dirección:** FCO. RAMIREZ,Nº150,CHILLAN**Fono :**

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

**Paciente** : 10212866-4 ALEX RAINER BAQUEDANO ERBO  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 10212866-4 ALEX RAINER BAQUEDANO ERBO  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**Nº CUENTA** : 18118393000  
**Pedida Por** : SIN DATOS DISPONIBLES  
**Especialidad** :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código                 | Cant | Descripción              | PRECIO | FOSAN | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|--------------------------|--------|-------|---------|---------|
| 101001                 | 1    | CONSULTA MEDICA ELECTIVA | 13250  | 9938  | 0       | 3312    |
| 101508                 | 1    | CURACION SIMPLE          | 3500   | 2625  | 0       | 875     |
| <b>TOTAL GENERAL :</b> |      |                          | 16750  | 12563 | 0       | 4187    |

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2** Dirección  
**MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**  
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

CHRISTIAN WERNER SOTO  
CAPITÁN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLÍNICO (S)