

F 4741

CONSULTORIO GENERAL URBANO

VIOLETA PARRA

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

23 NOV. 2017

R.U.T.: 61.931.800-5
FACTURAS DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
N° 974
ID: 744.0517

OFICINA DE INGRESOS Y FACTURAS
20 NOV. 2017
DEPTO: ABASTECIMIENTO

S.I.I. CHILLÁN

Chillán 09 de Noviembre de 2017

Señores(se) Hospital Naval Almirante Abunzola Rut.: 61.102.025-2

Dirección: Ychimalongo en sector Las Brindas Ciudad: Fatagahuanu Comuna: _____

Giro: _____ Condiciones Pago: _____ Vencimiento: _____

Por lo siguiente: a: **CONSULTORIO GENERAL URBANO VIOLETA PARRA**

Cantidad	Detalle	Valor Unitario	Valor Total
	Prestaciones Otorgadas a pacientes		
	431.01.003.02 Exámenes		61.390.-
	431.01.004.02 Atención Ambulatoria		48.200.-
	431.01.005.02 Uta de Medicamentos		10.690.-
CODIGO LU: RP 2010			
<p>N° CHEQUE: _____ Fecha CHEQUE: _____ Tipo Fondos: _____</p> <p>53211 98 000 8500 (9701) 21522 11 950 0000</p> <p><i>[Firma]</i> Nancy Kirmena Jara Jara RUT: 7.392.328 - K Directora Gesfam Violeta Parra</p>			
TOTAL \$	150.280.-		
DEPOSITAR PAGO EN CTA. CTE.: 52109-122718 BANCO ESTADO			
FACTURA EXENTA DE IVA, ART. 12 Y 13 DL 825			
SON: <u>Ciento cincuenta mil doscientos ochenta</u>			Total: <u>150.280</u>
			pesos, S.E.ÚO.

Imp. La Familia RUT.: 10.857.824-6 Alejandro D. Navarro Sandoval / Toltén 519 - Chillán

Original: Cliente

Nombre: _____ RUT.: _____
Fecha: _____ Recinto: _____
FIRMA
EL ACUSE DE RECIBO QUE SE DECLARA EN ESTE ACTO. DE ACUERDO A LO DISPUESTO DE LA LETRA B) DEL ART. 4° Y LA LETRA C) DEL ART. 5° DE LA LEY 19.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERIA O SERVICIO(S) PRESTADO(S), HA(N) SIDO RECIBIDO(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 : **100613 (1994344)**
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61931800-5 S.N.S. CONSULT.VIOLETA PARRA
Dirección : **FCO. RAMÍREZ,N°150,CHILLAN**
Fono :

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

Paciente : 
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable: 
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
N° CUENTA : 
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad: **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	13640	10230	0	3410
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	880	660	0	220
TOTAL GENERAL :			14520	10890	0	3630

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario


ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico



Ficha Clínica:

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 : **100612 (1994343)**
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61931800-5 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 : 
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : 
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
Nº CUENTA : 
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	50020	37515	0	12505
TOTAL GENERAL :			50020	37515	0	12505

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico



Ficha Clínica:

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 : **100611 (1994342)**
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61931800-5 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 : [REDACTED]
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable: [REDACTED]
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad: **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	2	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	27280	20460	0	6820
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	7590	5693	0	1897
TOTAL GENERAL :			34870	26153	0	8717

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

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 : **100610 (1994341)**
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61931800-5 S.N.S. CONSULT.VIOLETA PARRA
Dirección : **FCO. RAMÍREZ, Nº 150, CHILLAN**
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	3500	2625	0	875
TOTAL GENERAL :			3500	2625	0	875

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

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 : **100614 (1994345)**
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61931800-5 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 : [REDACTED]
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **ESCUELA DE GRUMETES ALEJANDRO NAVARRETE CISTERNA**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	13640	6820	0	6820
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	820	410	0	410
TOTAL GENERAL :			14460	7230	0	7230

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

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 : **100615 (1994346)**
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61931800-5 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 : 
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable: 
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
Nº CUENTA : 
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad: **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	6500	4875	0	1625
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	9160	6870	0	2290
TOTAL GENERAL :			15660	11745	0	3915

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente: 
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

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 : 100616 (1994347)
Validez : Desde el 28/11/2017 al 28/12/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61931800-5 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 : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	13640	10230	0	3410
0009920002	1	EXAMENES	2210	1658	0	552
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	1400	1050	0	350
TOTAL GENERAL :			17250	12938	0	4312

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

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:

[REDACTED]

Ficha Clínica: