



HOSPITAL CURANT AND Dr. Rafsol Avard

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CURANILAHUE

Giro: Salud

Dirección: Avenida Bernardo O'Higgins N° 11

Fono: 41 2725480 - Curanilahue

PRESTACIONES MEDICAS - REGIMEN LEY N° 18.469

RUT: G1.692.211-3

FACTURA DE VENTA Y SERVICIOS
NO AFECTAS Y/O EXENTOS DE IVA

№ 00432

S.M. 1100

Fecha: 15 de MAYO de 2017

HOSPITAL MARA TALCAHUANO

61-102-025-2

Señor(es): MICHAELONGO S/N. POB. LAS CARCHAS

R.U.I. **ALCAPUZCO**

Dirección: _____ Comuna: _____

Giro: _____ S. Orden de At.: N° _____

23 MAY 2317

1940

POR LO SIGUIENTE:

A: HOSPITAL DE CURANILAHUE

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
40101004	DIAS CAMA PART. CON CONVENIO	18.418.-	
40104004	ATENCION AMBULATORIA PART. CON CONVENIO	91.580.-	
40105004	VENTA DE MEDICAMENTOS	15.318.-	
SEGÚN NOMINA Y ORDEN DE ATENCION ADJUNTA			125.308.-

PAC:-

~~REGISTRO DE CONTABILIDAD
Y PRESUPUESTO~~

CODIGO CURR 2010

N° CHEQUE

Feche Criciúba

Type Fonds

三三三

132

SUPERVISOR ADMINISTRATIVE

HOSPITAL CURANILAHUE

SON: CIENTO VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS.

TOTAL	125,308
-------	---------

TOT RECYBI CONFORME

~~REGINTO:~~

FECHA:

NOMBRE :

RUT:

FIRMA:

EL ACUSE DE RECIBO QUE SE DECLARA EN ESTE ACTO, DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN LA LETRA B) DEL ART. 4º Y LA LETRA C) DEL ART. 5º DE LA LEY 19.383, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE LA MERCADERIA O SERVICIO PRESTADO HA SIDO RECIBIDO.

ORIGINAL: CLIENTE

PEP Concepción N. JOSE PEREZ VARELA - 9.240.5566 - CHILE - CONCEPCION

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 : 95619 (1906324)
Validez : Desde el 10/05/2017 al 09/06/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A HOSPITAL DE CURANILAHUE
Dirección: AV. O'HIGGINS N° 111
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : [REDACTED]
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : CLAUDIO PARRA DIAZ
Especialidad :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	12550	9413	3137	0
202102	1	DIA CAMA HOSPIT.MEDICI.Y ESPECIALID.(SALA 2 C	18410	13808	4602	0
101008	2	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	51400	38550	12850	0
9920004	1	FARMACOS O INSUMOS	15318	11489	3829	0
601029	3	KINESITERAPIA INTEGRAL (POR SESIÓN)	27630	20723	6907	0
TOTAL GENERAL :			125308	93983	31325	0

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