

CONSULTORIO GENERAL URBANO VIOLETA PARRA

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

23 JUN. 2017
R.U.T.: 61.931.800 - 5
FACTURAS DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
N° 000942
ID 637001
OFICINA DE PARTES
22 JUN. 2017
DEPTO. ABASTECIMIENTO

S.I.I. CHILLÁN
Chillán 08 de junio de 2017
Señor(es): Hospital Naval Almirante Armada
Rut.: 61.102.025-2
Dirección: Michimalongo s/n sector Las Cañaditas
Ciudad: Talcahuano. 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		10.880.-
	431.01.004.02 Atene. Ambulatorias		213.670.-
	431.01.005.02 Utq. Medicamentos		3.600.-
EGRESOS			
CODIGO UTA 7010			
N° CHEQUE			
Fecha			
Tipo Fondo			
ITEM	TAREA	MONTO	
1	DEPOSITAR PAGO EN	53211.990.000 (900)	
	CTA. CTE.: 52109-122718	21522.11990.0000	
	BANCO ESTADO		
FACTURA EXENTA DE IVA, ART. 12 Y 13 DL 825			
SON:	Doscientos Veintiocho mil ciento cincuenta y tres pesos.		
TOTAL	228.150.-		
Total:			228.150.-

Nancy Kimena Jara Jara
RUT: 7.392.328 - K
Directora
Cesfam Violeta Parra

53211.990.000 (900)
21522.11990.0000

pesos. S. E. ú O

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 CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 97497 (1933126)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
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 : 6166791-1 LUIS EGIDIO MUÑOZ BAEZA
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 6166791-1 LUIS EGIDIO MUÑOZ BAEZA
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22092935000
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
0000401054	1	BRAZO. ANTEBRAZO. CODO. MUNeca. MANO. DEDOS	10880	8160	0	2720
TOTAL GENERAL :			38160	28620	0	9540

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

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 : 97496 (1933123) (Complementada)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
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 : 17988472-0 ERICK DANILO MONTECINOS PASTENE
Parentesco : SI MISMO
Repartición : COMANDANCIA DE LA BASE NAVAL TALCAHUANO
Responsable : 17988472-0 ERICK DANILO MONTECINOS PASTENE
Institución : ARMADA
NPI : 512412-7
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
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	13640	0	0	13640
TOTAL GENERAL :			13640	0	0	13640

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

17988472-0 ERICK DANILO MONTECINOS PASTENE

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 : 97498 (1933128)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

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

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

Paciente : 25485697-5 NICOLAS ALBERTO PAVEZ VASQUEZ
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 18215552-7 LUIS ALBERTO PAVEZ SEPULVEDA
Institución : ARMADA
NPI : 562112-4
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
TOTAL GENERAL :			13640	6820	0	6820

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

25485697-5 NICOLAS ALBERTO PAVEZ VASQUEZ

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 : 97499 (1933130)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61931800-5 S.N.S. CONSULT.VIOLETA PARRA
Dirección : FCO. RAMÍREZ,Nº150,CHILLAN
Fono :

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

Paciente : 24046596-5 BENJAMIN JOSUE PEREZ PALMA
Parentesco : HIJOS
Repartición : COMANDO DE FUERZAS ESPECIALES DE LA ARMADA
Responsable : 16736432-2 RUBEN DAVID PEREZ CARRASCO
Institución : ARMADA
NPI : 513508-8
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	3600	1800	900	900
TOTAL GENERAL :			17240	8620	900	7720

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

24046596-5 BENJAMIN JOSUE PEREZ PALMA

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 97493 (1933099)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
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 : 4357471-K ERNESTO SEGUNDO CARVAJAL GARRIDO
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 4357471-K ERNESTO SEGUNDO CARVAJAL GARRIDO
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22063171000
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	7	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	95480	71610	0	23870
TOTAL GENERAL :			95480	71610	0	23870

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

4357471-K ERNESTO SEGUNDO CARVAJAL GARRIDO

Ficha Clínica:

Fol P42

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 : 97495 (1933116)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
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 : 3967277-4 SIJISFREDO . ECHAIZ BELUZARAN
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 3967277-4 SIJISFREDO . ECHAIZ BELUZARAN
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22059541000
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	36350	27263	0	9087
TOTAL GENERAL :			36350	27263	0	9087

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

3967277-4 SIJISFREDO . ECHAIZ BELUZARAN

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 97494 (1933104)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
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 : 4173993-2 ELENA AURELIA CUEVAS RUIZ
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 4173993-2 ELENA AURELIA CUEVAS RUIZ
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 32057372000
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
TOTAL GENERAL :			13640	10230	0	3410

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

4173993-2 ELENA AURELIA CUEVAS RUIZ

Ficha Clínica: