

CONSULTORIO GENERAL URBANO VIOLETA PARRA

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

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

Nº 000929

OFICINA DE PARTES

- 3 MAYO 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

20 5951886.

05 MAYO 2017

S.I.I. CHILLÁN

Chillán 12 de Abril de 2017

Señor(es): Hospital Naval Almirante Armazola Rut.: 61.102.025-2

Dirección: Multirralongo s/n sector Las Cebichas 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.		21.190.-
	431.01.004.02 Atenciones Ambulatorias		96.250.-
	431.01.005.02 Ula y medicamentos		6.150.-
EGRÉSOS			
CODIGO LU.RR 2010			
Nº CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Fondos			
ITEM			
Rut: 12.001.895-1			
Contabilidad y Paga			
Centro de Salud Violeta Parra			
Nancy Kimena Jara Jara			
RUT: 7.392.328 - X			
Directora			
Cesfam Violeta Parra			
53211.95.000 8500 (901)			
21522 11950 8000			
TOTAL \$			
DEPOSITAR PAGO EN			
CTA. CIE.: 52109-122718			
BANCO ESTADO			
123590.-			
FACTURA EXENTA DE IVA, ART. 12 Y 13 DL 825			
SON: Ciento veintifóres mil quinientos noventa			
pesos, S. E. U. O			
Total:			123590.-

IMPRESA MASTER - BLUE & MAS LTDA. - RUT: 76.066.543-9 - S. ALDEA #735 - FONO: (42) 220338 - CHILLÁN

Nombre: _____ Rut: _____

Fecha: _____ Recinto: _____

Firma: _____

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

ORIGINAL - QUE

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 : 95555 (1904881)
Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
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 : 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
Nº CUENTA : 38057952000
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

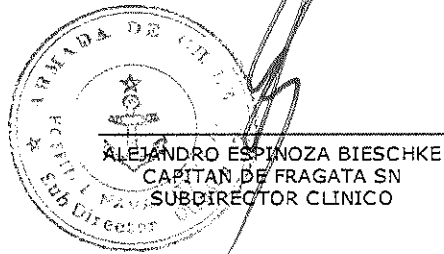
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	2	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	26500	19875	0	6625
0000101502	1	CONSULTA NUTRICIONISTA	6500	4875	0	1625
TOTAL GENERAL :			33000	24750	0	8250

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



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

2960306-5 ALBERTINA DEL CARMEN GOMEZ CASTILLO

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 : 95554 (1904880)
Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
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 : 7768638-K NELLY NOEMI GATICA RIQUELME
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 7768638-K NELLY NOEMI GATICA RIQUELME
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 32060440000
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

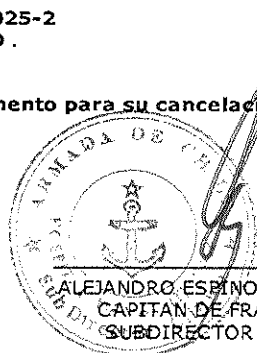
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	13250	9938	0	3312
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	3200	2400	0	800
TOTAL GENERAL :			16450	12338	0	4112

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

7768638-K NELLY NOEMI GATICA RIQUELME

Ficha Clinica:

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 : 95556 (1904884)
Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
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 : 6418917-4 CIRSTINA DEL CARMEN GUAJARDO CAMPOS
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 6418917-4 CIRSTINA DEL CARMEN GUAJARDO CAMPOS
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 32029878100
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

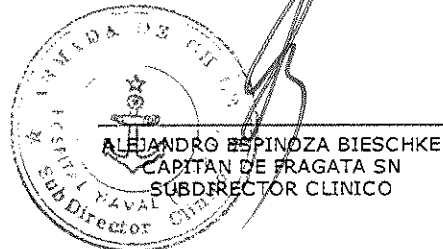
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	2	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	26500	19875	0	6625
0000101502	1	CONSULTA NUTRICIONISTA	6500	4875	0	1625
0009920002	1	EXAMENES	21190	15893	0	5297
TOTAL GENERAL :			54190	40643	0	13547

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



TID

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

INFORME MEDICO

Paciente:

6418917-4 CIRSTINA DEL CARMEN GUAJARDO CAMPOS

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 : 95552 (1904877)
Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
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 : 3967277-4 SIJISFREDO . ECHAIZ BELUZARAN
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 3967277-4 SIJISFREDO . ECHAIZ BELUZARAN
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº 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	3500	2625	0	875
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	2950	2213	0	737
TOTAL GENERAL :			6450	4838	0	1612

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 CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95551 (1904875)
Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
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 : 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 : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

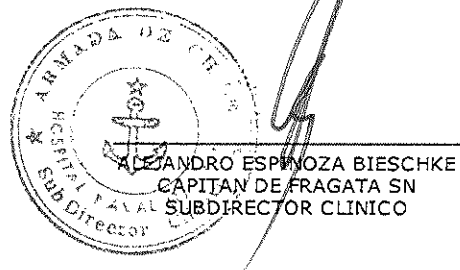
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

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



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

10212866-4 ALEX RAINER BAQUEDANO ERBO

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 : **95558 (1904890)**
 Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
 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 : 10554328-K JUANA ALICIA RETAMAL BASTIAS
 Parentesco : SI MISMO
 Repartición : SIN REPARTICION
 Responsable: 10554328-K JUANA ALICIA RETAMAL BASTIAS
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
 Nº CUENTA : 32044480100
 Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
 Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

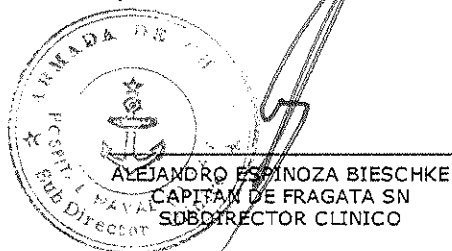
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

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

10554328-K JUANA ALICIA RETAMAL BASTIAS

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 : 95557 (1904888)
Validez : Desde el 08/05/2017 al 07/06/2017
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 : 3137032-9 OCTAVIO DOMINGO PALAVICINO CHAVEZ
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 3137032-9 OCTAVIO DOMINGO PALAVICINO CHAVEZ
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22059790000
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

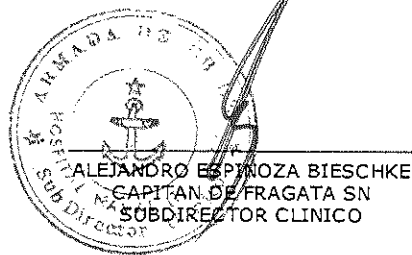
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101502	1	CONSULTA NUTRICIONISTA	6500	4875	0	1625
TOTAL GENERAL :			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 .

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

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



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

3137032-9 OCTAVIO DOMINGO PALAVICINO CHAVEZ

Ficha Clínica: