



HOSPITAL DE CURANILAHUE Dr. Rafael Avaria

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CURANILAHUE

Giro: Salud

Dirección: Avenida Bernardo O'Higgins N° 111

Fono: 41.2725480 - Curanilahue

PRESTACIONES MEDICAS REGIMEN LEY N° 13.450

RUT: 61.602.211-3

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

N° 00459 132

S.L.L. - LEBU

12 JUN. 2017

INBREX FAPTHUAS

Fecha, 31 de MAYO de 2017

HOSPITAL NAVAL TALCAHUANO

R.U.T.: 61.102.025-2

Señor(es):

MICHIMALONGO S/N. POB. LAS CANCHAS

TALCAHUANO

Dirección:

Comuna:

Giro:

S. Orden de At.: N°

POR LO SIGUIENTE:

A: HOSPITAL DE CURANILAHUE

CODIGO	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
40101004	DIAS CAMA PART. CON CONVENIO	18.410.-	
40102004	DERECHO PABELLON PART. CON CONVENIO	252.700.-	
40104004	ATENCION AMBULATORIA PART. CON CONVENIO	104.690.-	
40105004	VENTA DE MEDICAMENTOS	50.397.-	
	SEGÚN NOMINA Y ORDEN DE ATENCION ADJUNTA		
			426.197.-

SERVICIO DE SALUD
HOSPITAL PROVINCIAL
DR. RAFAEL AVARIA VALENZUELA
COD. CURANILAHUE
JEFE DE CONTABILIDAD
Y PRESUPUESTO

N° CHEQUE
Fecha CHEQUE
Tipo Fondos

ITEM TAREA MONTO

5321 91.050.000 (900)

2172 11.550.000

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL CURANILAHUE

DEPOSITAR A: SERVICIO SALUD ARAUCO
HOSPITAL CURANILAHUE
R.U.T. 61.602.211-3
Cta. Cte. N° 455009010001 BANCO ESTADO
E-Mail:

TOTAL 426.197.-

RECIBI CONFORME Y SIETE PESOS.

RECINTO:

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. 4° Y LA LETRA C) DEL ART. 5° DE LA LEY 19.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE LA MERCADERIA O SERVICIO PRESTADO HA SIDO RECIBIDO.

CANCELADO

ORIGINAL: CLIENTE

1000 Curanilahue, 1000 PEREZ VARELA, 1000 SMO - CTU 305 - CONCEPCION

5129 del 10-07-2017

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 : 97672 (1935279)
Validez : Desde el 13/07/2017 al 12/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61602211-3 HOSPITAL DE CURANILAHUE
Dirección : AV. O'HIGGINS N° 111
Fono :

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

Paciente : \$
Parentesco : SI MISMO
Repartición : ARSENAL NAVAL TALCAHUANO
Responsable : \$
Institución : ARMADA
NPI : \$\$\$\$\$\$
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24040	24040	0	0
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	5210	5210	0	0
TOTAL GENERAL :			29250	29250	0	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 .

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 : 97669 (1935262)
Validez : Desde el 13/07/2017 al 12/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61602211-3 HOSPITAL DE CURANILAHUE
Dirección : AV. O'HIGGINS Nº 111
Fono :

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

Paciente : \$
Parentesco : SI MISMO
Repartición : ARSENAL NAVAL TALCAHUANO
Responsable : \$
Institución : ARMADA
NPI : \$\$\$\$\$\$
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24040	24040	0	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	30588	30588	0	0
TOTAL GENERAL :			54628	54628	0	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 .

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

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FLAGATA 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:

Feb 459

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 : 97670 (1935264)
Validez : Desde el 13/07/2017 al 12/08/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61602211-3 HOSPITAL DE CURANILAHUE
Dirección : AV. O'HIGGINS N° 111
Fono :

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

Paciente : \$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$
Parentesco : SI MISMO
Repatriación : ARSENAL NAVAL TALCAHUANO
Responsable: \$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$
Institución : ARMADA
NPI : 62069987
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
0002201001	1	ANESTESIA	34910	34910	0	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	19809	19809	0	0
0000202101	1	DIA CAMA HOSPITAL.MEDICI.Y ESPEC. (SALA 3 CAMA	18410	18410	0	0
0000101008	2	VISITA MEDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	51400	51400	0	0
0002104011	1	FRACTURA EXPUESTA DE MANO O PIE C/U	217790	217790	0	0
		TOTAL GENERAL ::	342319	342319	0	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.

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

Autogestión AFSA n° 5129 del 10-07-2017

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