



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° 18.469

10 AGO. 2017

INGRESO PATRIBAS

RUT.: 61.602.211 - 3

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

N° 0000506 179

S.I.I. - LEBU

Fecha, 31 JULIO de 2017

Señor(es): HOSPITAL NAVAL TALCAHUANO

R.U.T.: 61.102.025-2

Dirección: MICHIMALONGO S/N. POB. LAS CANCHAS

TALCAHUANO

Comuna:

Giro: S. Orden de At.: N°

POR LO SIGUIENTE:

A: HOSPITAL DE CURANILAHUE

CODIGO	DENOMINACIÓN	VALOR	TOTAL
40101004	DIAS CAMA PART. CON CONVENIO	45.000.-	
40102004	DERECHO PABELLON PART. CON CONVENIO	248.532.-	
40103004	EXAMENES PART. CON CONVENIO	135.390.-	
40104004	ATENCION AMBULATORIA PART. CON CONVENIO	60.504.-	
40105004	VENTA DE MEDICAMENTOS	31.719.-	
SEGÚN NOMINA Y ORDEN DE ATENCION ADJUNTA PAC.: ARNOLDO DELGADO AZOCAR			521.145.-

JEFE CONTABILIDAD
Y PRESUPUESTO

CODIGO LU.RP. 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipic Fondos

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

HOSPITAL CURANILAHUE

DEPOSITAR A: SERVICIO SALUD ARAUCO
HOSPITAL CURANILAHUE
R.U.T.: 61.602.211-3
Cta. Cte. N°: 55309010441 BANCO ESTADO
E-Mail:

ITEM	TAREA	TOTAL
11	SON: QUINIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS.	521.145.-
RECIBI CONFORME	53211 95 050 3550 (901)	
RECINTO:	21572 11 950 2010	
TOTAL	NOMBRE: 521.145.- RUT.: 61.602.211-3 FIRMA:	

H. LEMUS - MANUEL RENGIFO 11576 - RUT.: 6.350.453 - 1 - LA FLORIDA - FONO: 2954634

ORIGINAL: CLIENTE

Autoregistro AFSD N° 6607 del 18-08-2017

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 : 98544 (1950577)
Validez : Desde el 18/08/2017 al 17/09/2017
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
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	24040	18030	6010	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	73225	54919	18306	0
0009920002	1	EXAMENES	74370	55778	18592	0
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	11970	8978	2992	0
0000401054	3	BRAZO. ANTEBRAZO. CODO. MUÑECA. MANO. DEDOS	49050	36788	12262	0
0003002201	1	PABELLON 1	217790	163343	54447	0
0000202102	1	DIA CAMA HOSPIT.MEDICI.Y ESPECIALID.(SALA 2 C	45000	33750	11250	0
0000101009	1	CONSULTA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO	25700	19275	6425	0
TOTAL GENERAL :			521145	390861	130284	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

autorización AFSA n.º 6607 del 18-08-2017