

F3313

CONSULTORIO GENERAL URBANO

VIOLETA PARRA

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

OFICINA DE PAPIÉS
25 AGO. 2017
DEPTO. ABASTECIMIENTO
25 AGO. 2017
INGRESO FACTURAS

R.U.T.: 61.931.800-5
FACTURAS DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
N° 955
ID. 6251215

S.I.I. CHILLÁN

Chillán 11 de Agosto de 20 17

Señores(se): Hospital Naval Almirante Adriaola Rut.: 61.102.025-2

Dirección: Michima largo s/n sector Las Panchas Ciudad: Talcahuano Comuna: _____

Giro: _____ Condiciones Pago: _____ Vencimiento: _____

Por lo siguiente: a: **CONSULTORIO GENERAL URBANO VIOLETA PARRA**

Cantidad	Detalle	Valor Unitario	Valor Total
	<u>Prestaciones otorgadas a pacientes.</u> <u>431.01.004.02. Atene. Ambulatorias</u>		<u>47.780.-</u>
EGRESOS			
CODIGO CUARR	2010		
N° CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Tip: Fondos			
RECEBIDO	<u>Reding Molina</u> Rut: 12.001.095-6 Contabilidad y Ppto. Centro de Salud Violeta Parra	<u>Nancy Kimena Jara Jara</u> RUT: 7.392.328 - K Directora Cesfam Violeta Parra	
TOTAL \$	<u>DEPOSITAR PAGO EN</u> <u>CTA. CTE.: 52109-122718</u> <u>BANCO ESTADO</u> <u>47.780.-</u>	<u>53211.99.000.0000 (900.)</u> <u>21572 11 950 0000.</u>	
FACTURA EXENTA DE IVA, ART. 12 Y 13 DL 825			
SON:	<u>Cuarenta y siete Mil Setecientos ochenta</u>		
		pesos, S.E.ÚO.	Total: <u>47.780.-</u>

Imp. La Familia RUT.: 10.857.824-6 Alejandro D. Navarro Sandoval / Toltén 519 - Chillán

Original: Cliente

Nombre: _____ RUT.: _____

Fecha: _____ Recinto: _____

FIRMA

EL ACUSE DE RECIBO QUE SE DECLARA EN ESTE ACTO. DE ACUERDO A LO DISPUESTO DE LA LETRA B) DEL ART. 4º, Y LA LETRA C) DEL ART. 5º DE LA LEY 19.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERIA O SERVICIO(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S)

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 : 98722 (1953960)
 Validez : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017
 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 : XXXXXXXXXX
 Parentesco : SI MISMO
 Repartición : SIN REPARTICION
 Responsable : XXXXXXXXXX
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
 N° CUENTA : XXXXXXXXXX
 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
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	7500	5625	0	1875
TOTAL GENERAL :			21140	15855	0	5285

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:

XXXXXXXXXX

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 : **98724 (1953962)**
Validez : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017
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 : 
Parentesco : **CONYUGE**
Repartición : **PM 2504 DEFENDER**
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
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	6500	3250	1625	1625
TOTAL GENERAL :			6500	3250	1625	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

 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

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 : **98725 (1953966)**
Validez : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017
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 : [REDACTED]
Parentesco : **CONYUGE**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
N° CUENTA : [REDACTED]
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



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 : **98723 (1953961)**
Validez : Desde el 28/08/2017 al 27/09/2017
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 [REDACTED]
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable [REDACTED]
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**
Nº CUENTA [REDACTED]
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	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



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