Servicio de Salud del Maule
Hospital Parral
SERVICIO PUBLICO

Aníbal Pinto N° 1255 • Teléfono: 073-566900 Fax: 567002
Casilla 95 PARRAL

OFICINA DE PARTES
29 DIC. 2017
DEP. DE ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 61.606.918 - 7
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA
Nº 006474

S.I.I. - PARRAL

Parral 07 de diciembre de 20 17

Señor (a): HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA RUT.: 61102025 - 2
Dirección: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS Comuna: TALCAHUANO
Giro: SERVICIO PUBLICO O / Compra:
Teléfono: Cond. de Venta:
Por lo siguiente:

DEBE

Cantidad	DETALLE	Precio Unit.	TOTAL
	POR ATENCIONES OTORGADAS EN HOSPITAL DE PARRAL		
1	07.02.003.004 EXS. Y RXS. (part.c/conv.)	1.428	1.428
1	07.02.004.004 CONS.MEDICAS (part.c/conv.)	10.908	10.908

11 ENE. 2018

16 ENE. 2018
INGRESO EXPTHONE

SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
JEFE DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
HOSPITAL PARRAL

CARMEN GLORIA ALFARO FUENTES
JEFE ADMINISTRACION Y FINANZAS (S)

EGRESOS

CODIGO U.RP 2010
Nº CHEQUE
Fecha CHEQUE
Tipo Fondos

53211.91 000.0000 (5101)
21522 11 990 0000

ITEM	TAREA	MONTO
11		

Son: doce mil trescientos treinta y seis pesos

NOMBRE: RUT:

RECINTO:

FECHA: FIRMA:

TOTAL $ 12.336

El abajo firmante declara que se declara en este acto, de acuerdo en 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 mercadería o servicio(s) prestado(s), ha(n) sido recibido(s)

TOTAL $ 12.336

S.E.U.O

IMPRENTA PARRAL RUT:9.148.725-K F.Fax 2461950

Original: Cliente

Fact 6474

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 : **101532 (2011239)**
Validez : Desde el 15/01/2018 al 14/02/2018
Tipo : AMBULATORIA

A : **61606918-7 HOSPITAL DE PARRAL**
Dirección : ANIBAL PINTO S/N
Fono : (73) 462031

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

Paciente [redacted]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsab [redacted] TE
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA [redacted] 0
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	10908	5454	0	5454
0009920002	1	EXAMENES	1428	714	0	714
		TOTAL GENERAL :	12336	6168	0	6168

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: [redacted] Ficha Clinica:
Hipótesis Diagnóstico