



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO TARIFAS DÍAS CAMAS – PABELLONES**

A. IDENTIFICACION ENTIDAD:
 RUT ENTIDAD: _____
 NOMBRE-RAZÓN SOCIAL: _____
 NOMBRE DE FANTASÍA: _____
 DOMICILIO-DIRECCIÓN COMERCIAL: _____
 Correo electrónico de contacto: _____
 Teléfono fijo de contacto _____ Teléfono fijo comercial _____
 Teléfono celular de contacto _____ Teléfono Celular comercial _____

C. TARIFAS ENTIDAD
FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE TARIFAS:
 Días cama: ____/____/____ Derecho pabellón: ____/____/____

C.1. INFORMACION DE TARIFAS DIAS CAMAS

Código	Denominación	Valor Entidad (\$)	Código	Denominación	Valor Entidad (\$)
0201001	Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Básicos. (sala 1 cama)		0201203	Día Cama Hospitalización Integral Neonatal en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.)	
0201002	Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Básicos. (sala 2 o más camas)		0201401	Día Cama de Hospitalización Integral Obstetricia (sala 1 cama)	
0201101	Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Medios (sala 1 cama)		0201402	Día Cama de Hospitalización Integral Obstetricia (sala 2 o más camas)	
0201102	Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Medios (sala 2 o más camas)		0201403	Día Cama de Hospitalización Integral Sala Cuna	
0201301	Día Cama Hospitalización Integral Adulto en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)		0201404	Día Cama de Hospitalización Integral Incubadora	
0201302	Día Cama Hospitalización Integral Pediátrica en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)		0201405	Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Cuidados Básicos	
0201303	Día Cama Hospitalización integral Neonatal en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)		0201406	Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Cuidados Medios	
0201201	Día Cama Hospitalización Integral Adulto en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.)		0201407	Día Cama de Hospitalización Integral de Observación - Ambulatorio	
0201202	Día Cama Hospitalización Integral Pediátrica en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I)		0201408	Día cama de Hospitalización Clínica de Recuperación	

C.2. INFORMACION DE DERECHO A PABELLÓN

Código Pabellón	Valor Entidad (\$)	Código Pabellón	Valor Entidad (\$)
Cód. 1		Cód. 8	
Cód. 2		Cód. 9	
Cód. 3		Cód. 10	
Cód. 4		Cód. 11	
Cód. 5		Cód. 12	
Cód. 6		Cód. 13	
Cód. 7		Cód. 14	

C. FIRMAS RESPONSABLES DE SOLICITUD:

 Nombre Director Técnico (DT) Firma (DT)

 Nombre Representante Legal (RL) Firma (RL)

 (*)Nombre Representante Legal (RL) Firma (RL)

Fecha Solicitud ____/____/____

(*) Utilizar sólo en caso de existir más de un RL