



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

A. RECEPCION (USO EXCLUSIVO FONASA)

FECHA INSCRIPCION NIVEL ATENCION
Día mes año REACTIVACION

FOLIO/Nº CORREL. DIRECCIÓN ZONAL

B. IDENTIFICACION ENTIDAD: Nº RUT

NOMBRE – RAZÓN SOCIAL -----

NOMBRE DE FANTASÍA -----

INSCRIPCION LUGAR PRINCIPAL INSCRIPCION SUCURSAL

C. INFORMACION DE TARIFAS DIAS CAMAS

| Código | Cantidad | Valor (C/IVA) | Código | Cantidad | Valor (C/IVA) |
|---------|----------|---------------|---------|----------|---------------|
| 0202101 | | | 0202116 | | |
| 0202102 | | | 0202201 | | |
| 0202103 | | | 0202202 | | |
| 0202104 | | | 0202203 | | |
| 0202105 | | | 0202301 | | |
| 0202106 | | | 0202302 | | |
| 0202107 | | | 0202303 | | |
| 0202108 | | | 0202004 | | |
| 0202109 | | | 0202005 | | |
| 0202110 | | | 0202006 | | |
| 0202111 | | | 0202007 | | |
| 0202112 | | | 0202008 | | |
| 0202113 | | | 0202009 | | |
| 0202114 | | | 0202010 | | |
| 0202115 | | | | | |

D. INFORMACION DE TARIFAS DIAS PABELLONES

| Código Adicional | Valor (C/IVA) | Código Adicional | Valor (C/IVA) |
|------------------|---------------|------------------|---------------|
| Cod. 1 | | Cod. 8 | |
| Cod. 2 | | Cod. 9 | |
| Cod. 3 | | Cod. 10 | |
| Cod. 4 | | Cod. 11 | |
| Cod. 5 | | Cod. 12 | |
| Cod. 6 | | Cod. 13 | |
| Cod. 7 | | Cod. 14 | |

E. FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACION

Nombre Director Medico

Firma D.M.

Fecha

Nombre Representante Legal

Firma R.L.

Fecha