



**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