

CARMEN GLORIA YANEZ VARGAS

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA

N° 85

RUT: 5.283.273-K

GIRO(S): SERVICIOS DE MEDICOS EN FORMA INDEPENDIENTE,
GLEISNER 1790, CONCEPCION
TELEFONO: 2991998

Fecha: 24 de Septiembre de 2015

Señor(es): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
Domicilio: MICHIMALONGO S/N, TALCAHUANO

Rut: 61.102.025- 2

Por atención profesional:

PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO C/O 14257	101.840
Total Honorarios \$:	101.840
10 % Impto. Retenido:	10.184
Total:	91.656

Fecha / Hora Emisión: 24/09/2015 12:20



0528327300085C1DD98C

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201509211221

EGRESOS

CÓDIGO UU.RR. 2010

53211.04.060.0000(9501)
21522.11.990.0060

N° CHEQUE

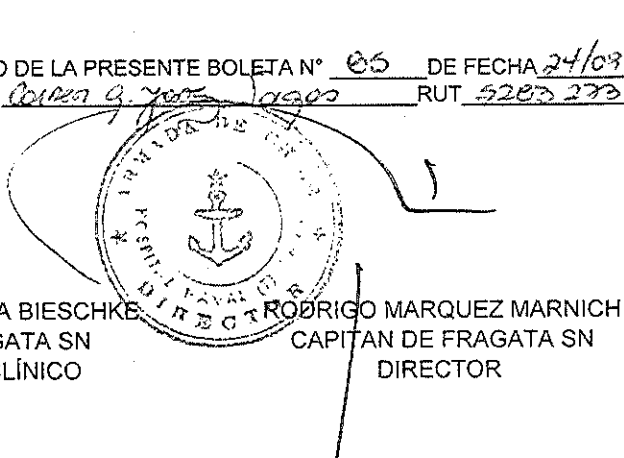
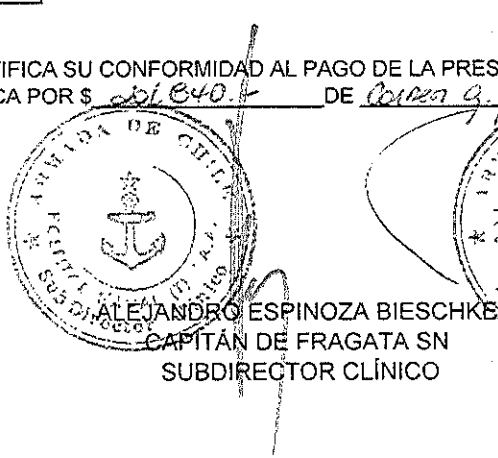
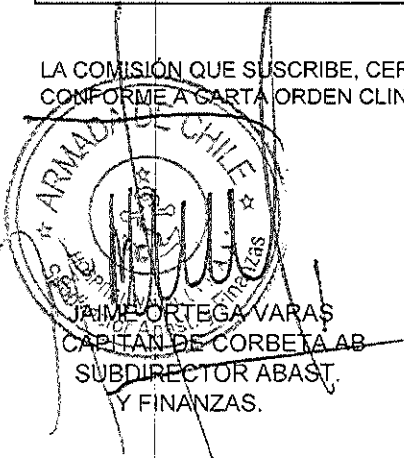
Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTAL \$ 91.656.-

LA COMISION QUE SUSCRIBE, CERTIFICA SU CONFORMIDAD AL PAGO DE LA PRESENTE BOLETA N° 85 DE FECHA 24/09/2015
CONFORME A CARTA ORDEN CLINICA POR \$ 101.840.- DE CARMEN G. YANEZ VARGAS RUT 5283 273 K



ARMADA DE CHILE
IIa. ZONA NAVAL
HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)

C A R T A O R D E N
(Autorización de Atención)

NRO. 101285300
FECHA. 20-07-2015

Al: CARMEN GLORIA YAÑEZ VARGAS

Dirección : GLEISNER 1790 CONCEPCION

Fono: 041-299

Nombre Paciente : VIDAL VIDAL PEDRO LEONEL

R.U.N. : 004273699-6

Nombre Respons. : VIDAL VIDAL PEDRO LEONEL

R.U.N. : 004273699-6

Institución : 200

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 0364000

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto(\$) : 101.840,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole

Servicios de : POLIPECTOMIA

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: PARRA DIAZ CLAUDIO A Especialidad : UROLOGIA

NOTA : Interconsulta válida sólo para la cobertura de gastos de urgencia y hospitalización, hasta que el paciente antes individualizado pueda ser trasladado a Hospital Naval (T). NO VALIDA PARA COBERTURA DE EXTRAS.

Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2
adjuntando :

1. ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
2. ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
3. INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
4. DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS, Y/O MEDICAMENTOS
5. EN CASO HOSPITALIZ., ADJUNTAR COPIA HIST. CLINICA PCTE.

Esta Orden de Atención tiene una VALIDEZ DE 30 DIAS para su cobro.
"Considerase aceptada la Factura o Boleta en cobro, si desde su recepción física y en un plazo no superior a 30 días no nos hemos pronunciado al respecto"

ENVIAR LA DOCUMENTACION A :

Hospital Naval, Michimalongo s/n, Base Naval, TALCAHUANO.



ALEJANDRO ESPINOZA B.
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO