

CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA

N° 244

RUT: 9.134.967-1

GIRO(S): OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD,
ENFERMERA

PTO DOMINGUEZ 9324 Villa/Pob. PTO SAVEDRA , HUALPEN

Fecha: 07 de Marzo de 2016

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

Rut: 61.102.025- 2

Por atención profesional:

1 HEMODIALISIS A PACIENTE CLEMENTE NEIRA SALGADO F. CLINICA 19055 RUT 60155240	80.000
---	--------

Total Honorarios \$:	80.000
10 % Impto. Retenido:	8.000
Total:	72.000

Fecha / Hora Emisión: 07/03/2016 11:47



0913496700244CF9F60B

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

14 MAR. 2016

IMPRESO ELECTRONICO

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

11201603071152

EGRESOS

CÓDIGO UU.RR. 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
II		

TOTAL \$ 72.000 -

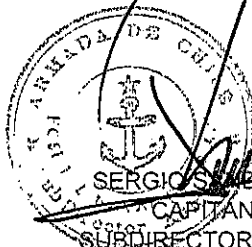
53211.99.060.0000(9501)
21522.11.990.0060

LA COMISIÓN QUE SUSCRIBE, CERTIFICA SU CONFORMIDAD AL PAGO DE LA PRESENTE BOLETA N° 244 DE FECHA 07/03/2016
CONFORME A CARTA ORDEN CLINICA POR \$ 30.000 - DE Cecilia Quezada Escobar RUT 9.134.967-1

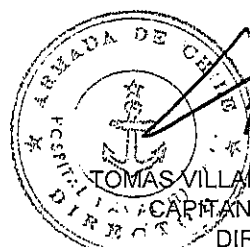
TALCAHUANO 14 MAR. 2016

18 MAR. 2016

RODRIGO ORTIZ TRAMÓN
CAPITAN CORBETA AB
SUBDIRECTOR ABST.
Y FINANZAS



SERGIO S. COVAL DEL RIO
CAPITAN DE NAVIO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO



TOMAS VILLALOBOS VILDÓSOLA
CAPITAN DE NAVIO SN
DIRECTOR

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. 101405500 ✓
FECHA. 11-03-2016

Al: **CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR**

Dirección : **PTO.DOMINGUEZ 9324 HUALPEN**

Fono:

Nombre Paciente : **NEIRA SALGADO CLEMENTE HIPOLIT**

R.U.N. : 006015524-0 ✓

Nombre Respons. : **NEIRA SALGADO CLEMENTE HIPOLIT**

R.U.N. : 006015524-0

Institución : 200

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 8943000

Factura Nro. : 244 Fecha 04/03/2016 Monto(\$): 80.000,00 ✓

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

Servicios de : **SESION HEMODIALISIS (1)**

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: **ACOSTA VASQUEZ PAMEL** Especialidad : **NEFROLOGIA A**

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 BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO