

Sociedad Médica de Electrodiagnóstico
Medicina Física y Rehabilitación

FISIAMED LTDA.

Giro: CENTRO MEDICO

San Martín N° 920 - Of. 1003

Fono: 41/2108301 - 41/2108210

CONCEPCION

R U T. 77.434.760-7

FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.

OFICINA DE PARTES

25 ENE. 2016

DEPTO. ABASTECIMIENTO

Nº 3064

S. I. I. - CONCEPCION

Fecha, 31 de Diciembre de 2015.

Señor(es): Hospital General "Almira de A. Inca" RUT.: 61.102.025-2.

Dirección: Quichimallu. S/N. Base Naval. Ciudad: Talcahuano.

Giro: Hospital. Teléfono:

O. Compra N°: Guía Desp. N°: Condiciones de Venta:

Por lo siguiente:

CANTIDAD		DETALLE		P. UNITARIO	DEBE TOTAL
EGRESOS		Magdalena y Joanne Puente Paz.			80.000 -
DICIEMBRE 2015					
CHEQUE		33211 99 060 8000 (500)			25 ENE. 2016
ha CHEQUE		21522 11 950 8060			
Fondos					
TAREA		MONTO			
Son:		Ochenta mil Pesos.			S.E.ú.O.

Nombre: Rut.:

Fecha: Recinto:

\$ 80.000.

Firma:

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4º, y la letra c) del Art. 5º de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

TOTAL \$ 80.000 -

Cancelado: / / 20

41/2238019 * Imp. Eligio H. Alarcón C. * Maipú 1699 * Concepción

ORIGINAL: CLIENTE

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

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

NRO. 101375900
FECHA. 11-12-2015

Al: FISIAMED LIMITADA

Dirección : SAN MARTIN

920 CONCEPCION

Fono: 466210

Nombre Paciente : PUENTES PAZ MAGDIELITA IVONNE

R.U.N. : 017862417-2

Nombre Respons. : PUENTES PAZ MAGDIELITA IVONNE

R.U.N. : 017862417-2

Institución : 001

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 5506113

Factura Nro. : 3064 Fecha 31/12/2015 Monto(\$): 80.000,00

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

Servicios de : ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCION

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: CUADRA GUENANTE ELIE Especialidad : NEUROCIRUGIA

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.



CHRISTIAN WERNER SOTO
CAPITÁN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLÍNICO (S)

ALEJANDRO ESPINOZA B.
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO.