



Otorrino Alta Tecnología Sociedad Anónima
Servicios Médicos
San Martín 920, Oficina 502 - Concepción
Teléfono: (41) - 2108251 - 2108258
RUT.: 99.596.300 - 0

RU.T.: 99.596.300-0
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

N° 00155

17 MAR 2016

S.I. - CONCEPCION

Fecha, 29 de Febrero de 2016 R.U.T.: 61.102.025-2
Señor(es): Hospital Naval Almirte Adhizola
Dirección: Platino Molonoq s/n Las Cañuelas Ciudad: Talcahuano
Giro: _____ Teléfono: _____
Guía de Despacho: _____ O/C N°: _____ Cond. de Venta: _____

Por lo Siguiente:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	TOTAL
1	Carta orden		60.000.-
	EGS Espirauga Alcañilla Tiznado (Bere)		
	CODIGO U.R.P. 2010		
	N° CHEQUE		
	Fecha CHEQUE		
	tipo Fondos		
	ITEM TAREA MONTO		
	11	53211 95 0 60 0000 (9001)	
		21012 11 950 0060	
	60.000.-		

SON: Seenta mil pesos:

NOMBRE: _____ RUT: _____

FECHA: 1/1 RECINTO: _____

CANCELADO ☐ ☐ ☐ 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)"

IMP. LAUFARO - Rut: 10.191.739-8 - Galvarino 764 - Cel.: 93587788 - Concepción.

TOTAL \$

60.000.-

CANCELADO

DIG	MES	AÑO

Original Cliente

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. 101390300
FECHA. 14-01-2016

Al: CEOT S.A

Dirección : SAN MARTIN

920 CONCEPCION

Fono: 2108251

Nombre Paciente : ANCAMILLA TIZNADO ESPERANZA AN

R.U.N. : 025237951-7

Nombre Respons. : ANCAMILLA CHEGUAN LEONARDO ULI

R.U.N. : 017158489-2

Institución : 001

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 5571093

Factura Nro. : 155 Fecha 29/02/2016 Monto(\$): 60.000,00

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

Servicios de : POTENCIALES BERA ACORTADO

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: CARDENAS RAMIREZ CES Especialidad : OTORRINOLARI

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
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO (S).