

**COMERCIALIZADORA DE
PRODUCTOS MEDICOS LIMITADA**

Giro: SERV PROFESIONAL AUDIOLOGIA
OFTALMOLOGIA C/V EQUIPOS MEDICO
CHACABUCO 1033 1 - CONCEPCION
eMail : ESCOBAR.ALFONSO@GMAIL.COM

Telefono : 41 2730440

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
R.U.T.: 61.102.025 - 2
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO
CONTACTO:

R.U.T.: 76.310.863 - 5

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

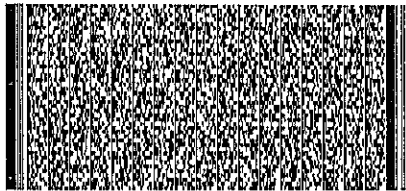
Nº 43

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 04 de Febrero del 2016

12 FEB. 2016

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
-	EXAMEN AUDIOMETRIA A PACIENTE SR. CLAUDIO GARCES POBLE	1	21.000			21.000
IMPUESTO ADICIONAL						\$ 0
EXENTO						\$ 21.000
TOTAL						\$ 21.000



Timbre Electrónico SII

Res.86 de 2005 Verifique documento: www.sii.cl

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

33211 99.060.0000 (5001)
21522 11 950 2060

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 21.000.-

ARMADA DE CHILE
HOSPITAL NAVAL "A.A." (T) C A R T A O R D E N NRO. 101391200
(Autorización de Atención) FECHA. 22-01-2016

A1: PRET.SERV.CLI.Y COM.PROD.MED.

Dirección : CHACABUCO 1033 CONCEPCION

Fono: 2730440

Nombre Paciente : GARCES POBLETE CLAUDIO MARCELO R.U.N. : 013133426-5
Nombre Respons. : GARCES POBLETE CLAUDIO MARCELO R.U.N. : 013133426-5
Institución : 021 Parentesco : SI MISMO N.P.I. : 7002389

Factura Nro. : 43 Fecha 04/02/2016 Monto(\$) : 21.000,00

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

Servicios de : PACIENTE HOSPITALIZADO, EXAMEN DE AUDIOMETRIA

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: EXTERNO . PROFESIONA Especialidad : MEDICINA GEN

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.
DIRECTOR CLINICO (S).