

Dra. REMIGIA MIMI OBANDO FERNANDEZ

HEMATOLOGA-ONCOLOGA-LABORATORISTA

C.M. 5588-3

San Martín 1047 - Teléfono: 2227452

CONCEPCION

RUT.: 4.210.267-9

BOLETA DE HONORARIOS

Nº 5035

Fecha: 02 de marzo de 2016

Señor(es): Hospital Naval Almirante Adriaola

Dirección: Michimalongo s/n Los Cauderos Talcahuano

Ciudad: Talcahuano Rut.: 61.102.025-5

Por Honorarios Profesionales:	VALOR
1 consulta hematología	30.000

Imp. Grafix Ltda. Fono/Fax: 2223117 Concep. Rut.: 88.658.100-9

Firma

NETO \$ 30.000

10% Reten. \$ 3.000

TOTAL \$ 27.000

Original: Cliente

EGRESOS		
CÓDIGO UU.RR. 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$ 27.000.-		

53211.99.060.0000(9501)
21522.11.990.0060

LA COMISIÓN QUE SUSCRIBE, CERTIFICA SU CONFORMIDAD AL PAGO DE LA PRESENTE BOLETA N° 5035 DE FECHA 02/03/2016
CONFORME A CARTA ORDEN CLINICA POR \$ 30.000 DE Dra. Remigia Obando F. RUT 4.210.267-9

ARMADA DE CHILE

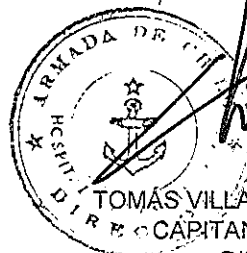
08 MAR 2016

OFICIAL ABASTECIMIENTO

RODRIGO ORTIZ TRAMÓN
CAPITAN CORBETA AB
SUBDIRECTOR ABAST.
Y FINANZAS



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLÍNICO



TOMÁS VILLALOBOS VILDÓSOLA
CAPITAN DE NAVIO SN
DIRECTOR

08 MAR 2016

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. 101392300
FECHA. 11-02-2016

Al: REMIGIA MIMI OBANDO FERNANDEZ

Dirección : SAN MARTIN 1047 CONCEPCION

Fono: 227452

Nombre Paciente : TORRES TORRES ESTEBAN . R.U.N. : 003270928-1
Nombre Respons. : TORRES TORRES ESTEBAN . R.U.N. : 003270928-1
Institución : 200 Parentesco : SI MISMO N.P.I. : 9087000

Factura Nro. : 5028 Fecha 11/02/2016 Monto(\$): 30.000,00

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

Servicios de : CONSULTA DE ESPECIALIDADES HEMATOLOGIA

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: MARISIO CUGAT GINO Especialidad : CIRUGIA GENE

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.



NICOLAS INOSTROZA KIRSTEN
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO (S).