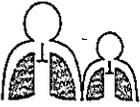


LABOCER S.A.



**Laboratorio Clínico Enfermedades Respiratorias
y Estudio de Alergias Respiratorias**

C. Matriz: Yunge 75-A - Pedro de Valdivia
Fono: 2733168 - Concepción
Sucursal: O'Higgins Poniente 39 Block P.2
Fono: 2129539 - Concepción

Giro: Servicios Médicos de Laboratorio, Compra
Venta, Importación, Comercialización y
Distribución de Equipos e Insumos Médicos

R.U.T.: 96.838.280-2

FACTURA

Nº 002372

S. I. I. - CONCEPCION

Fecha Vigencia Emisión, Hasta 30 Junio 2016.

FECHA, 02 DE Febrero DE 2016

SEÑOR(ES):	<u>Hospital Naval "Almirante Adriarola"</u>		
DIRECCION:	<u>No 101 malongo s/n Base Naval</u>	CIUDAD:	<u>Calcaruano</u>
RUT:	<u>61.102.025-2</u>	TELEFONO:	
GIRO:	<u>Hospital</u>		
COND. DE VENTA:	ORDEN DE COMPRA Nº:	GUIA DE DESPACHO:	<u>08 FEB. 2016</u>

Por lo siguiente:

DEBE

CANT.	DETALLE	P. Unitario	TOTAL
<u>01</u>	<u>Orden de Atención</u>		
	<u>Paciente: Neira de Frutos Diego Eduardo</u>		
EGRESOS			
	<u>CODIGO U.L.R.P. 2010</u>		
	<u>Nº CHEQUE</u>		
	<u>Fecha CHEQUE</u>		
	<u>Tipo Fondos</u>		
	<u>TEM</u>	<u>TAREA</u>	<u>MONTO</u>
	<u>11</u>		<u>5321.99.060.0000 (9101)</u>
			<u>2102 11 950 0060</u>
TOTAL \$	<u>55.000.-</u>		

Son: Quincuenta y cinco mil pesos S.Eu.O.

Neto \$ 46.218.-

19% IVA \$ 8.782.-

TOTAL \$ 55.000.-

Firma: _____
Nombre: _____ R.U.T.: _____
Recinto: _____ Fecha: _____

CANCELADO
Fecha, _____ de _____ de 20____

Imp. RAD, Zanon Herrera e Hija Ltda. RUT: 78.384.504-5
Aribal Pinto 343 Local 13 Fono: 2252036 Concepción

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)

101398300
NRO. 101387900
FECHA. 07-01-2016

Al: LABOCER SOCIEDAD ANONIMA

Dirección : PEDRO DE VALDIVIA 801 CONCEPCION

Fono: FAX7331

Nombre Paciente : NEIRA DE FRUTOS DIEGO EDUARDO R.U.N. : 024791148-0
Nombre Respons. : NEIRA CORDOVA EDUARDO ESTEBAN R.U.N. : 014063790-4
Institución : 001 Parentesco : HIJOS N.P.I. : 5262009

Factura Nro. : 2370 Fecha 02/02/2016 Monto(\$): 55.000,00

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

Servicios de : ELECTROLITOS DEL SUDOR

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: INOSTROZA KIRSTEN NI Especialidad : MEDICINA INF

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.