



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

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

N° 00153

15 FEB. 2016 S.I.I. - CONCEPCION
IMPRESO ELECTRONICAMENTE

Fecha, 30 de ENERO de 2016 R.U.T.: 61.102.025-2
Señor(es): Hospital Naval Almir. Adriaola
Dirección: Michimalongo S/N Base Naval Ciudad: Talcahuano
Giro: Hospital Teléfono: _____
Guía de Despacho: _____ O/C N°: _____ Cond. de Venta: _____

Por lo Siguiente:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	TOTAL
2	ordenes de Atención		
	EGRESOS <u>Quintana (Bero)</u>		60.000.-
	<u>Hernán Castro Valverde (Bero)</u>		60.000.-
CODIGO CU.RP 2010			
N° CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Tipo Fondos			
ITEM	TAREA	MONTO	
11		53211 95 060 000 (9001)	
		2102 11 950 0060	
		120 000.-	
SON: <u>Ciento veinte mil pesos</u>			
TOTAL \$			

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. LAUTARO - Rut:10.191.739-0 - Galvarino 764 - Cel.: 93587788 - Concepción.

TOTAL \$

120.000.-

CANCELADO

DIA 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. 101398700
101351000
FECHA. 18 DIC. 2015

Al: OTORRINO AL TECNOLOGIA S.A.

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 466205

Nombre Paciente : QUINTANA ZUÑIGA MAXIMILIANO AL

R.U.N. : 025041818-3

Nombre Respons. : QUINTANA OLIVARES IVAN ALFONSO

R.U.N. : 018037926-6

Institución : 001

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 5046131

Factura Nro. : 153 Fecha 30/01/2014 Monto(\$): 66.000,00

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

Servicios de : POTENCIALES EVOCADOS BERA CORTADO

Con Suerte Orden

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: ALVAREZ LAGOS JORGE 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.



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

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. 101377100/
FECHA. 17-12-2015

Al: OTORRINO AL TECNOLOGIA S.A.

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 466205

Nombre Paciente : CASTRO VALVERDE RENATA PASCAL

R.U.N. : 024958594-7

Nombre Respons. : VALVERDE PAREDES ANA ANDREA

R.U.N. : 013135473-8

Institución : 001

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 6474001

Factura Nro. : 153 Fecha 30/01/2016 Monto(\$): 60.000,00

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

Servicios de : POTENCIALES EVOCADOS (BERA)

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.



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