

Juan José Cárcamo y Compañía Limitada

SERVICIOS MEDICOS

Anibal Pinto 890 - Concepción

RUT.: 76.062.807-7

BOLETA DE VENTAS  
Y SERVICIOS NO  
AFECTOS O EXENTOS DE IVA.

N° 02434

29 07 16

15 SET. 2016  
IMPRESO ELECTRONICAMENTE

Fecha: Hospital Naval / Hn de Admisión

SEÑOR(ES): Medicina

DIRECCION: Talcahuano

CIUDAD: Talcahuano

RUT.: 64.102.025-2

DESCRIPCION	VALOR
Agencia	
Blanca pabete	25.000.-
Gustavo para	35.000.-
Squadra Andrad	35.000.-
<b>TOTAL \$</b>	<b>105.000.-</b>

Imp. Medigrafix, Colsolo 215 - Concepción - RUT. 8.742.573-8

FIRMA

DUPLICADO: CLIENTE

**EGRESOS**

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CRECHE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
<b>TOTAL \$</b>		<b>105.000</b>

53211 91 060 8980 (9001)  
21522 11 910 8060

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. 101422300

FECHA. 24-05-2016

Al: JUAN JOSE CARCAMO POOL

Dirección : ONIX

520 CONCEPCION

Fono: 09/6424

Nombre Paciente : ANDRADE VEGA SANDRA PAMELA

R.U.N. : 010850282-7

Nombre Respons. : LAGOS RUIZ EDGARDO ELISEO

R.U.N. : 009833196-4

Institución : 001

Parentesco : CONYUGE

N.P.I. : 5286844

Factura Nro. : 2434 Fecha 29/07/2016 Monto(\$) : 35.000,00

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

Servicios de : CONSULTA DE ESPECIALIDADES

Adicionales

Detallar : \_\_\_\_\_

Solicitado por médico Dr.: WERNER SOTO CHRISTIA Especialidad : OFTALMOLOGIA

**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 BIESCHKE  
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. 101418100

FECHA. 05-05-2016

Al: JUAN JOSE CARCAMO POOL

Dirección : ONIX

520 CONCEPCION

Fono: 09/6424

Nombre Paciente : POBLETE PARRA BLANCA RAQUEL

R.U.N. : 005513580-0

Nombre Respons. : POBLETE PARRA BLANCA RAQUEL

R.U.N. : 005513580-0

Institución : 200

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 9266000

Factura Nro. : 2434 Fecha 29/07/2016 Monto(\$) : 35.000,00

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

Servicios de : CONTROL POST TRANSPLANTE DE CORNEA

Adicionales

Detallar : \_\_\_\_\_

Solicitado por médico Dr.: ACOSTA VASQUEZ PAMEL Especialidad : OFTALMOLOGIA

**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 BIESCHKE  
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. 101417500

FECHA. 25-04-2016

Al: JUAN JOSE CARCAMO POOL

Dirección : ONIX

520 CONCEPCION

Fono: 09/6424

Nombre Paciente : PARRA SALGADO GUSTAVO ELIAS AL

R.U.N. : 021849056-5

Nombre Respons. : PARRA MARDONES MARCELO ALEJAND

R.U.N. : 012794705-8

Institución : 001

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 6390958

Factura Nro. : 2434 Fecha 24/07/2016 Monto(\$): 35.000,00

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

Servicios de : CONSULTA DE ESPECIALIDADES

Adicionales

Detallar : \_\_\_\_\_

Solicitado por médico Dr.: WERNER SOTO CHRISTIA Especialidad : OFTALMOLOGIA

**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 BIESCHKE**  
CAPITAN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLINICO