

Cavimed

APOYAMOS EL CUIDADO DE TU SALUD

CAVIMED SALUD SPA
Giro: Venta al por mayor y menor de
artículos e insumos médicos
Janequeo 355, Concepción
(41) 2227207 / info@cavimed.cl

R.U.T. 76.738.299-5

FACTURA ELECTRONICA

Nº 55

S.I.I. - CONCEPCION

Nombre: HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Dirección: MICHIMALONCO SN LAS CANCHAS N°
Comuna: Talcahuano
País: Chile
Teléfono:
Giro: HOSPITALES
OBS: CARTA ORDEN 101585500

Fecha: 15/09/2017
R.U.T.: 61.102.025-2
Ciudad: CONCEPCION
Fax:
Vendedor: MARIANA ROJAS
O/C:

20 SET. 2017

IMPORTE EMPORTE

Cant	U.M	Código	Descripción	P.Unit	Desc	Valor Total
1	UN	60227149	ORTESIS DE RODILLA ROM MI-52 BLUNDING	75546		75,546

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
------	-------	-------

TOTAL \$ 89.900.-

5320.99.060.880 (9.001)
21572 11 950 8060

Monte Neto 75,546

IVA (19%) 14,354

Total 89,900

Timbre Electrónico SII

Res. Nº 80 de 22/08/2014 verifique documento: www.sii.cl

Cond. Venta: CHQ 30 D
Total: OCHENTA Y NUEVE MIL
NOVECIENTOS PESOS

PERSONA QUE RECIBE

Nombre:

RUT:

Fecha:

Recinto:

Firma:

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en las letras b) del artículo 4º la letra c) del artículo 5º de la ley 19.983 acredita que la entrega de mercadería(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

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. 101585500/
FECHA. 11-09-2017

Al: CAVIMED SALUD SPA

Dirección : JANEQUEO

365 CONCEPCION

Fono: 2227207

Nombre Paciente :

R.U.N. :

Nombre Respons. :

R.U.N. :

Institución : 001

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. :

Factura Nro. : Fecha : Monto(\$): 89.900,00

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

Servicios de : RODILLERA CON BLOQUEO

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: COSTA VALENZUELA EMI Especialidad : TRAUMATOLOGI

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
CAPITÁN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLÍNICO.