

DR. JAIME MUÑOZ PEREZ Y COMPAÑIA LIMITADA

GIRO: SERVICIOS MEDICOS E INVERSIONES

Aníbal Pinto Nº 215 - Depto. 605 - Fono: 2230027

CONCEPCION

RUT: 76.545.190-6

Boleta de Ventas y Servicios
No Afectos o Exentos de IVA.

Nº 1937

Fecha, 13 de NOVIEMBRE de 2015

Señor(es): HOSPITAL DE LA FUENTE ADRIAZOLA

Dirección: MICOMALONES SN LAS CANCHAS

Ciudad: TALCAHUANO Rut.: 61102025-L

Rut.: 5013345-1 DX3/M	1 Gomo	20.000
		27.000
		44.000
TOTAL \$		20.000

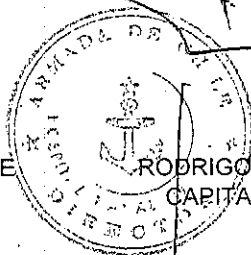
☎ : 2238019 * Imp. "Alarcón" * Maipú 1699 * Concep.

TOTAL \$

DUPLICADO: CLIENTE

FIRMA

EGRESOS		
CÓDIGO UU.RR. 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
II		
TOTAL \$ 20.000		

53211.04.060.0000(9501)
21522.11.990.0060LA COMISION QUE SUSCRIBE, CERTIFICA SU CONFORMIDAD AL PAGO DE LA PRESENTE BOLETA Nº 1937 DE FECHA 13/11/2015.
CONFORME A CARTA ORDEN CLINICA POR \$ 20.000.- DE 22 PUEBLO MUY PUEBLO RUT 76.545.190-6ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITÁN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLÍNICORODRIGO MÁRQUEZ MARNICH
CAPITÁN DE FRAGATA SN
DIRECTORJAIME ORTEGA VARAS
CAPITÁN DE CORBETA AB
SUBDIRECTOR ABAST.
Y FINANZAS.

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. 101325500
FECHA. 25-09-2015

Al: DR. JAIME MUÑOZ PEREZ Y CIA. LTD
Dirección : ANIBAL PINTO 215 CONCEPCION

Fono: 230027

Nombre Paciente : MORALES CARRIZO DANIEL ALEJAND
Nombre Respons. : MORALES MORA FRANCISCO GABRIEL
Institución : 001 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : 025028723-2
R.U.N. : 017254004-K
N.P.I. : 5130105

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto (\$) : 20.000,00

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

Servicios de : CONSULTA DE ESPECIALIDADES (NEFROLOGO INFANTIL)

Adicionales
Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: CASTRO SEPULVEDA SAN 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.

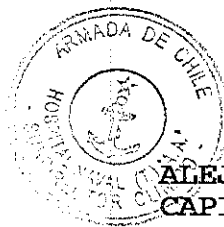
Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2 adjuntando :

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