

**LABOCKER S.A.**

Laboratorio Clínico Enfermedades Respiratorias  
y Instituto de Alergias Respiratorias

C. Gómez Yungue 75 - A - Pedro de Valdivia  
Fono: 2133168 - Concepción

Central: O'Higgins Poinente 39 - Fono: 2129539 - Concepción

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

OFICINA DE FACTURACIÓN

9 NOV. 2015

DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 96.838.280-2

FACTURA

N° 002348

S.I.T. - CONCEPCION

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2015

06 de Noviembre de 2015

EMPRESA: Hospital Naval "Almirante O'Higgins"  
DIRECCION: Almirante O'Higgins s/n Base Naval  
CALLE: Hospital

RUT: 61103.033-2

COMUNA: Concepcion

FONO:

CICOMPRAS:

CONDICIONES: GUÍA DESP:

Observaciones:

DEBE

CANTIDAD	DETALLE	P. UNITARIO	TOTAL
1	Partes de Atención		60.000
<b>RESUMOS</b>			
CODIGO UNIP	7030		
N° CHEQUE			
Fecha	08		
Tipo			
	53211,01,060 0000 (5000)		
	213311 750 000		
TOTAL	60.000		

Seisenta mil pesos. -

TOTAL NETO \$	50.420
19% I.V.A. \$	9.580
TOTAL FACTURA \$	60.000

Emisor: S.E.I.O. RUT: Fecha: Recibo:

ARMADA DE CHILE  
IIa. ZONA NAVAL  
HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)

C A R T A O R D E N  
(Autorización de Atención)

101361800.  
NRO. 101342100  
FECHA. 14-10-2015

Al: LABOCER SOCIEDAD ANONIMA  
Dirección : PEDRO DE VALDIVIA 801 CONCEPCION

Fono: FAX7331

Nombre Paciente : FUENTES MARTINEZ HUGO HUMBERTO R.U.N. : 008353305-6  
Nombre Respons. : FUENTES MARTINEZ HUGO HUMBERTO R.U.N. : 008353305-6  
Institución : 200 Parentesco : SI MISMO N.P.I. : 9058000

Factura Nro. : 2348 Fecha 06/11/2015 Monto (\$) : 60.000,00

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

Servicios de : CAPACIDAD DE DIFUSION

Adicionales

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

Solicitado por médico Dr.: MUÑOZ FLORES NELSON Especialidad : BRONCOPULMON

**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  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO(S).