

"CEOT S.A."

**CENTRO DE ESTUDIOS
OTORRINOLARINGOLOGICOS S.A.**

**Giro: EXAMENES Y DIAGNOSTICOS
OTORRINOLARINGOLOGICOS**

San Martín N° 920 - Of. 501

Fono: (41) 2108251 - 2108258

CONCEPCION

OFICINA DE PAPELOS

15 OCT 2001

DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 78-045-189-7

FACTURA DE VENTA Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DEL IVA.

N3127

Fecha, 30 de Septiembre de 2015

2.1.1. The Role of the Teacher

Señor(s): Hospital Naval "Almte. Adnazole" RUT: 61.102.025-2

Dirección: Michimolongo S/N, Base Roval Ciudad: Talcahuano

Giro: Hospital _____ Fono: _____

Por lo siguiente:

a: CEOT S.A.

DEBE

Cantidad	DETALLE	P. UNITARIO	TOTAL
1	Orden de Atención a Juan Sanchez Soto (Est. 8PAE + ENG)		80.000.-
CHEQUE			
Fecha Cheque			
to Fondos			
SON: Ochenta mil	80.000.000 (cero)		
	2500.11 450 como pesos.-	TOTAL \$	80.000.-
CANCELADO	Fecha: de de		

Nombre: _____ RUT: _____

Fecha de Entrega: _____ Recinto: _____ Firma: _____

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

Imp. Lautaro - Rut: 10.191.739-8 - Galvarino 764 - Cel: 93587788 - Concep.

Original Version

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. 101306000
FECHA. 19-08-2015

Al: CEOT S.A

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 2108251

Nombre Paciente : SANCHEZ SOTO LUIS RICARDO

R.U.N. : 015750000-7

Nombre Respons. : SANCHEZ SOTO LUIS RICARDO

R.U.N. : 015750000-7

Institución : 001 Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 5102047

Factura Nro. : 3127. Fecha 30/08/2015 Monto(\$): 80.000,00

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

Servicios de : OCTAVO PARA COCLEOVESTIBULAR (AUDITIVO)

Adicionales

Detallar :

002725

Solicitado por médico Dr.: GONZALEZ GARFIAS CRI 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