

Oficina Alta Tecnología Sociedades Anónimas
 Servicios Médicos
 San Martín 920, Oficina 502 - Concepción
 Teléfono: (41) 2 102251 - 2 102258
 RUT: 99.586.300-0

15.09.2015

RUT: 99.586.300-0

RECIBO DE PAGAMENTO

ACTURA DE VENTA DE SERVICIOS
 NO AFECTOS O EXENTOS DEL IVA

N° 00146

S.I.L. - CONCEPTOS

Fecha, 30 de Septiembre de 2015

Señor(es): Hospital Novol Alinto, Adirizola

Dirección: Michimalongo 3/N Bora Novol

Ciudad:

RUT: 61.102.075-2

Ciudad: Talcahuano

Código de Comercio:

(Código de Comercio)

Código de Venta:

Por la presente,

CANT.

DESCRIPCION

IMPORTE

IMPORTE

2 ordenes de Atención a
 Juan Latorre Torres (Bora)
 Matias Elgueta Schwertzer (Bora)

60.000,00

60.000,00

MODIGO UURP 2010

MONEDA

Fecha Grupos

Tipo Fondos

ITEM

TARIFA

MONTO

2000,000,000 (Bora)

2000,000,000

Creto veinte mil pesos

MONEDA

MONEDA 120.000,00

MONEDA

MONEDA

TARIFA

MONTO

2000,000,000 (Bora)

2000,000,000

"El activo de crédito que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del art. 40, y la letra c) del art. 42 de la Ley 19.933, acredita que la entrega de mercaderías, o servicios (o prestados) hecha, o por hacer, se ha realizado."

Car. 1 - Concepto - C.R. 10, 191,730-8 - C.R. 10, 191,730-8 - C.R. 10, 191,730-8 - C.R. 10, 191,730-8

Original Cliente

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. 101307400
FECHA. 24-08-2015

Al: OTORRINO AL TECNOLOGIA S.A.
Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 466205

Nombre Paciente : LATORRE TORRES JUAN. PABLO
Nombre Respons. : LATORRE GONZALEZ JUAN ARNOLDO
Institución : 001 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : 025023155-5
R.U.N. : 014059679-5
N.P.I. : 5280025

Factura Nro. : 146 Fecha 30/03/2015 Monto(\$): 60.000,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole
Servicios de : POTENCIALES EVOCADOS BERA

Adicionales
Detallar :

Solicitado por médico Dr.: CARDENAS RAMIREZ CES 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.

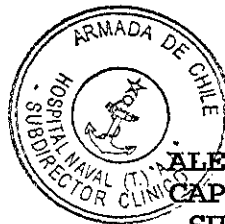
Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2 adjuntando :

- 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

002349

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. 101318000
FECHA. 08-09-2015

Al: OTORRINO AL TECNOLOGIA S.A.

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 466205

Nombre Paciente : ELGUETA SCHWERTER MATIAS IGNAC

R.U.N. : 023863347-8

Nombre Respons. : ELGUETA BUSTAMANTE IGNACIO CRI

R.U.N. : 016445394-4

Institución : 001

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 5476097

Factura Nro. : 146 Fecha 30/08/2015 Monto(\$): 60.000,00

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

Servicios de : POTENCIALES EVOCADOS BERA

Adicionales

Detallar :

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.

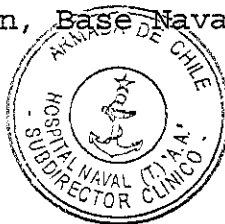
Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2
adjuntando :

- 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