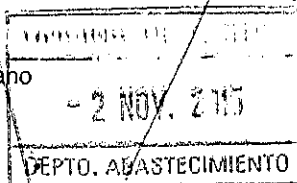


**SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS
CEOLA - CONCEPCION S.A.**
GIRO: SERVICIOS MEDICOS
R.U.T.: 76.442.490-5
Jorge Alessandri 3177, 6° Piso • Talcahuano
Fono/Fax: (41) 2906890
www.centrolaser.cl

**BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA**

Nº 002170



Destinatario	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE ALBAZOLA"	Concepcion, 22 de OCTUBRE de 2015
RUT	81.000.025-2	
Destinatario	Ministerio de Salud Base Naval	
Central	Talcahuano	
Departamento	CONCEPCION	
Cargo		
Nombre y Apellido		

Por lo siguiente:

A: SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS CEOLA - CONCEPCION S.A.

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA 120104372	\$25.000	\$25.000
1	TOPOGRAFIA CORNEAL WAVE SCAN 120104372	\$25.000	\$25.000
EXRESOS			
CODIGO UL RP	2040-0101	Marina Galdames Rojas	
	NUE	12.501.320-1	
CHEQUE			
Cuenta Cheque			
Tipo Yordos			
ITEM	TAREA	MONTO	
11			
TOTAL \$			
CANCELADO			
Fecha: 22 de OCTUBRE del 2015	Total Boleta \$ 130.000		

IMPORTANTE: EMITIR CHEQUE CRUZADO Y NOMINATIVO A NOMBRE DE: **SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS CEOLA-CONCEPCION S.A.**

DUPLICADO - 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)

1013 SOTO
NRO. 101325600
FECHA. 28-09-2015

Al: SERV.MED.Y OFTALM.CEOLA CONCE
Dirección : JORGE ALESSANDR3177 TALCAHUANO

Fono: 041-906

Nombre Paciente : GODOY ROJAS KARINA MAGDALENA
Nombre Respons. : GODOY ROJAS KARINA MAGDALENA
Institución : 001 Parentesco : SI MISMO

R.U.N. : 012581329-1
R.U.N. : 012581329-1
N.P.I. : 6079938

Factura Nro. : 2170 Fecha 22/10/2015 Monto(\$): 65.000,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole
Servicios de : TOPOGRAFIA CORNEAL

Adicionales
Detallar :

Solicitado por médico Dr.: WERNER SOTO CHRISTIA Especialidad : OFTALMOLOGIA

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.

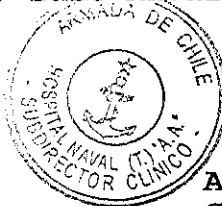
Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2
adjuntando :

- 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

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. 101325600
FECHA. 28-09-2015

AL: SERV.MED.Y OFTALM.CEOLA CONCE
Dirección : JORGE ALESSANDR3177 TALCAHUANO

Fono: 041-906

Nombre Paciente : GODOY ROJAS KARINA MAGDALENA
Nombre Respons. : GODOY ROJAS KARINA MAGDALENA
Institución : 001 Parentesco : SI MISMO

R.U.N. : 012581329-1
R.U.N. : 012581329-1
N.P.I. : 6079938

Factura Nro. : 2170 Fecha 22/10/2015 Monto(\$): 65.000,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole
Servicios de : TOPOGRAFIA CORNEAL

Adicionales
Detallar :

Solicitado por médico Dr.: WERNER SOTO CHRISTIA Especialidad : OFTALMOLOGIA

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