

CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA

N° 224

RUT: 9.134.967-1

GIRO(S): OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD,

ENFERMERA

PTO DOMINGUEZ 9324 Villa/Pob. PTO SAVEDRA, HUALPEN

Fecha: 19 de Agosto de 2015

Señor(es): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR

Domicilio: MICHIMALONGO S/ N LAS CANCHAS, TALCAHUANO

Rut: 61.102.025- 2

Por atención profesional:

1 HEMODIALISIS A PACIENTE MARCELA ARIAS ARIAS RUT 96950586 F, CLINICA 14832	80.000
--	--------

Total Honorarios \$:	80.000
----------------------	--------

10 % Impto. Retenido:	8.000
-----------------------	-------

Total:	72.000
--------	--------

Fecha / Hora Emisión: 19/08/2015 00:30



09134967002241DD3D2A

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

IMPRESO 11201508190031

EGRESOS

CÓDIGO UU.RR. 2010

53211.04.060.0000(9501)

21522.11.990.0060

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 72.000.-

LA COMISIÓN QUE SUSCRIBE, CERTIFICA SU CONFORMIDAD AL PAGO DE LA PRESENTE BOLETA N° 224 DE FECHA 19/08/2015
CONFORME A CARTA ORDEN CLINICA POR \$ 80.000.- DE Cecilia Quezada E. RUT 9.134.967-1

ARMADA DE CHILE
JAIME ORTEGA VARAS
CAPITAN DE CORBETA AB
SUBDIRECTOR ABAST.
Y FINANZAS.

ARMADA DE CHILE
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLÍNICO

ARMADA DE CHILE
RODRIGO MARQUEZ MARNICH
CAPITAN DE FRAGATA SN
DIRECTOR

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. 101308400
FECHA. 27-08-2015

Al: CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR

Dirección : PTO.DOMINGUEZ 9324 HUALPEN

Fono:

Nombre Paciente : ARIAS ARIAS MARCELA EDITH

R.U.N. : 009695058-6

Nombre Respons. : SANHUEZA SAN MARTIN MARIO ALBE

R.U.N. : 009529616-5

Institución : 200

Parentesco : CONYUGE

N.P.I. : 6875000

Factura Nro. : 224 Fecha 19/08/2015 Monto(\$): 80.000,00

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

Servicios de : SESION DE HEMODIALISIS (1)

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: ACOSTA VASQUEZ PAMEL Especialidad : NEFROLOGIA A

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