

CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA

N° 232

RUT: 9.134.967-1

GIRO(S): OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD,

ENFERMERA

PTO DOMINGUÉZ 9324 Villa/Pob. PTO SAVEDRA, HUALPEN

Fecha: 09 de Diciembre 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 HAYDEE SANHUEZA BASUALTO RUT 69145191 RUT 105661	80.000
---	--------

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

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

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

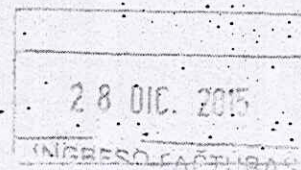
Fecha / Hora Emisión: 09/12/2015 18:01



0913496700232A6DD5D1

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%.

11201512091800

EGRESOS

CÓDIGO UU.RR. 2010

53211.04.060.0000(9501)
21522.11.990.0060

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

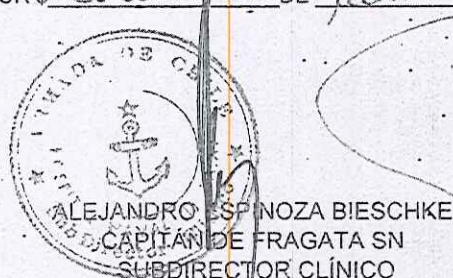
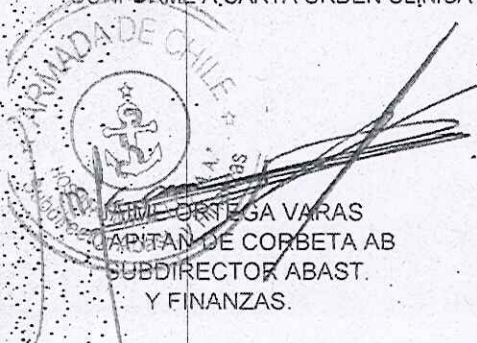
Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
------	-------	-------

II		
----	--	--

TOTAL \$ 72.000.-

LA COMISIÓN QUE SUSCRIBE, CERTIFICA SU CONFORMIDAD AL PAGO DE LA PRESENTE BOLETA N° 232 DE FECHA 09/12/2015
CONFORME A CARTA ORDEN CLÍNICA POR \$ 80.000.- DE Cecilia Ivonne Quezada Escobar RUT 9.134.967-1.



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. 101382600
FECHA. 23-12-2015

Al: CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR

Dirección : PTO. DOMINGUEZ 9324 HUALPEN

Fono:

Nombre Paciente : SANHUEZA BASUALTO HAYDEE DEL C R.U.N. : 006914519-1
Nombre Respons. : SANHUEZA BASUALTO HAYDEE DEL C R.U.N. : 006914519-1
Institución : 200 Parentesco : SI MISMO N.P.I. : 5847100

Factura Nro. : 232 Fecha 03/12/2015 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.