



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

OFICINA DE PARTES

30 DIC. 2015

DEPTO. ABASTECIMIENTO

BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

Nº 002354

SEÑORES HOSPITAL NAVAL "ALMTE ADRIAZOLA"
RUT 81.102.025-2
DIRECCION Michimalongo S/N Base Naval
COMUNA Talcahuano
CIUDAD CONCEPCION
GIRO:
COND. VENTA Contado

CONCEPCION, 21 DE DICIEMBRE DE 2015

Por lo siguiente:

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

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO UNITARIO	TOTAL
2	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA 1201043*2	32.500	65.000

EGRESOS

CODIGO LU.RP: 2010
Paciente: Yamilet Sandoval Inzunza
Rut: 19.596-800-4

Nº CHEQUE: _____
Fecha CHEQUE: _____
Tipo Fondos: _____

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$ 65.000		

CANCELADO

Fecha: 21 de OCTUBRE del 20

53211.99.060.0000 (9101)
21522 11 850 0062

30 DIC. 2015
INGRESO PARTIDAS

Total Boleta \$ 65.000

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)

101368000
NRO. 101343500
FECHA. 16-10-2015

Al: SERV.MED.Y OFTALM.CEOLA CONCE

Dirección : JORGE ALESSANDR3177 TALCAHUANO

Fono: 041-906

Nombre Paciente : JARA YAÑEZ ESTEFANY YISSET
Nombre Respons. : BENDEL FLORES OLIVER BASTIAN
Institución : 001 Parentesco : CONYUGE

R.U.N. : 018389169-3
R.U.N. : 017394096-3
N.P.I. : 5747139

Factura Nro. : 2554 Fecha 21/12/2015 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.: BOBADILLA BASTIAS AL 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.



CHRISTIAN WERNER SOTO
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO(S)