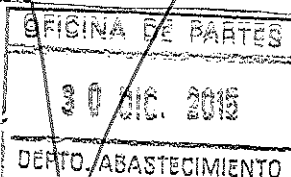


**SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS
CEOLA - CONCEPCION S.A.**
GIRO: SERVICIOS MEDICOS
R.U.T.: 76.442.490-5
Jorge Alessandri 3177, 6° Piso • Talcahuano
Fono/Fax: (41) 2906890
www.centrolaser.cl

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

Nº 002355



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 U.U.R.P. 2010

Paciente

Rut:

Estefany Jara Yañez

18-388-100-3

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM

TAREA

MONTO

II

TOTAL \$

65.000.-

33211 P9. 060 0050 (9701)

2152 II 950 0060

30 DIC. 2015

INFORME CAPTURADO

CANCELADO		Total Boleta \$	65.000
Fecha: 21 de	OCTUBRE	13 del 20	

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)

NRO. 101349000
FECHA. 06-11-2015

301366200.

Al: SERV.MED.Y OFTALM.CEOLA CONCE

Dirección : JORGE ALESSANDR3177 TALCAHUANO

Fono: 041-906

Nombre Paciente : SANDOVAL INZUNZA YAMILET ESTAF

R.U.N. : 019596800-4

Nombre Respons. : SANDOVAL RODRIGUEZ CLAUDIO AND

R.U.N. : 012330428-4

Institución : 200

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 8413000

Factura Nro. : 2355 Fecha 21/12/2015 Monto(\$): 65.000.-
130.000,00

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

Servicios de : TOPOGRAFIA CORNEAL (O DI)

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 :

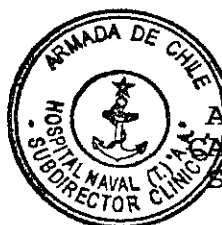
- 1.ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
- 2.ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
- 3.INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
- 4.DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS,Y/O MEDICAMENTOS
- 5.EN CASO HOSPITALIZ.,ADJUNTAR COPIA HIST.CLINICA PCTE.

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.