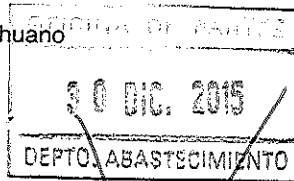


SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS
CEOLA - CONCEPCION S.A.
GIRO: SERVICIOS MEDICOS
R.U.T.: 76.442.490-5
Jorge Alessandri 3177, 6° Piso - Talcahuano
Fono/Fax: (41) 2906890
www.centrolaser.cl

BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

Nº 002356



SEÑORES **HOSPITAL NAVAL "ALMTE ADRIAZOLA "**
RUT **51.102.025-2**
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 Nº CHEQUE Fecha CHEQUE Tipo Fondos Paciente Rut: Pedro Matus Araya 12.928.343-1 <table><thead><tr><th>ITEM</th><th>TAREA</th><th>MONTO</th></tr></thead><tbody><tr><td>11</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="3">TOTAL \$ 65.000.-</td></tr></tbody></table> 53211.99.060.8880 (9001) 2192-11 970 0060				ITEM	TAREA	MONTO	11									TOTAL \$ 65.000.-		
ITEM	TAREA	MONTO																
11																		
TOTAL \$ 65.000.-																		
CANCELADO		Total Boleta \$	65.000															
Fecha: 21 de OCTUBRE 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. ¹⁰¹³⁶⁰³⁰⁰ 101346800
FECHA. 28-10-2015

Al: SERV.MED.Y OFTALM.CEOLA CONCE

Dirección : JORGE ALESSANDR3177 TALCAHUANO

Fono: 041-906

Nombre Paciente : MATUS AMAYA PEDRO VICTORIANO
Nombre Respons. : MATUS AMAYA PEDRO VICTORIANO
Institución : 001 Parentesco : SI MISMO

R.U.N. : 012926343-1
R.U.N. : 012926343-1
N.P.I. : 5970964

Factura Nro. : 2356 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 (2 OJOS)

*conferir este
orden!*

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 :

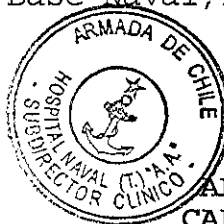
- 1.ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
- 2.ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
- 3.INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
- 4.DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS,Y/O MEDICAMENTOS
- 5.EN CASO HOSPITALIZ.,ADJUNTAR COPIA HIST.CLINICA PCTE.

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.