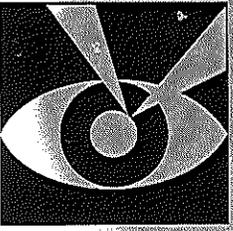


13 JUN 2016  
 DEPÓSITO DE BASTIDOR

*Defectuosa*



**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 002929**

SEÑORES: **HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE URIZOLA"** CONCEPCION, 03 DE JUNIO DE 2016

RUT: 81.102.025-2  
 DIRECCION: Michimalongo S/N Base Naval  
 COMUNA: Talcahuano  
 CIUDAD: CONCEPCION  
 GIRO:  
 COND. VENTA: Comado

**13 JUN. 2016**  
 INGRESO EAPTURAS

Por lo siguiente: **A: SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS CEOLA - CONCEPCION S.A.**

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO UNITARIO	TOTAL
2	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA 120104372	32.500	65.000
Marcelo Pino Valverde      Rut 17808498-8			
<b>CANCELADO</b>			
Fecha: <u>3</u> de <u>JUNIO</u> del 20 <u>16</u>		Total Boleta \$	65.000

Imp. GUTENBERG - Grasmal y Rivas Ltda. R.U.T.: 76.175.294-4 - Cvd. 1111 - Fono/Fax: 2234311 - Concepción

**IMPORTANTE:** EMITIR CHEQUE CRUZADO Y NOMINATIVO A NOMBRE DE: SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS CEOLA-CONCEPCION S.A.

**DUPLICADO - CLIENTE**

ARMADA DE CHILE  
IIa. ZONA NAVAL                      C A R T A   O R D E N                      NRO.                      101350900  
HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)                      (Autorización de Atención)                      FECHA.                      12-11-2015

Al: SERV.MED.Y OFTALM.CEOLA    CONCE

Dirección : JORGE ALESSANDR3177 TALCAHUANO

Fono: 041-906

Nombre Paciente : PINO VALVERDE MARCELO ALEJANDR                      R.U.N. : 017808496-8  
Nombre Respons. : VASQUEZ MERA FREDDY ALEJANDRO                      R.U.N. : 014300208-K  
Institución : 001                      Parentesco : HIJOS                      N.P.I. : 6064965

Factura Nro. : 2029                      Fecha 02/06/2014                      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.: 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.