



Otorrino Alta Tecnología Sociedad Anónima
Servicios Médicos
San Martín 920, Oficina 502 - Concepción
Teléfono: (41) - 2108251 - 2108258
RUT.: 99.596.300 - 0

R.U.T.: 99.596.300-0

FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

13 JUN. 2016

N° 00159

IMPRESO FACTOR S.A. - CONCEPCION

Fecha, 31 de Mayo de 2016 R.U.T.: 61.102.025-2
Señor(es): Hospital Naval Almirante Achazola
Dirección: Michimalonga s/n Base Naval Ciudad: Valdivia
Giro: _____ Teléfono: _____
Guía de Despacho: _____ O/C N°: _____ Cond. de Venta: _____
Por lo siguiente:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	TOTAL
1	Carta orden a Juan Latorre Tones (PEATO)		90.000.-
EGRESOS			
CODIGO LU.RP 2010			
N° CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Tipo Fondos			
ITEM	TARE	MONTO	
11		53211 95.060.0000 (900)	
		21522 11 950 8060	
SON: <u>Noventa mil pesos</u>			
TOTAL \$		90.000	
NOMBRE:		RUT.:	

FECHA: / / RECINTO:

CANCELADO

FIRMA:

"El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del art. 4º, y la letra c) del art. 5º de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)"

IMP. LAUTARO - Rut:10.191.739-8 - Galvanno 764 - Col.: 93597788 - Concepción.

TOTAL \$

90.000

CANCELADO

DIA MES AÑO

Original 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. 101408100

FECHA 17 MAYO 2016

Al: OTORRINO AL TECNOLOGIA S.A.

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 466205

Nombre Paciente : LATORRE TORRES JUAN. PABLO
Nombre Respons. : LATORRE GONZALEZ JUAN ARNOLDO
Institución : 001 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : 025023155-5
R.U.N. : 014059679-5
N.P.I. : 5280025

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto(\$) : 90.000,00

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

Servicios de : BERA CLINICO

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: CARDENAS RAMIREZ CES Especialidad : OTORRINOLARI

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 BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO