

GLORIA ALEJANDRA HORTA HERMOSILLA

RUT: 13.723.340-1

GIRO(S): SERVICIOS DE MEDICOS EN FORMA INDEPENDIENTE,

MEDICO CIRUJANO

Avda gabriela Mistral 160 Depto. 505 , LOS ANGELES

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 607

Fecha: 09 de Junio de 2016

Señor(es): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR

Domicilio: MICHIMALONGO S/N, TALCAHUANO

Rut: 61.102.025- 2

Por atención profesional:

PROCEDIMIENTO POLIPECTOMIA C/ORDEN 20016

101.840

Total Honorarios \$:

101.840

10 % Impto. Retenido:

10.184

Total:

91.656

Fecha / Hora Emisión: 09/06/2016 09:55



1372334000607AB50B28

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

09 JUN. 2016

INTERFAC FACTORAS

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201606090957

Fecha / Hora Impresión: 09/06/2016 09:57

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 91.656.-

53211.99.060.0000 (9501)
21522 11 950 0060.

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. 101419200
FECHA. 19-05-2016

Al: GLORIA A. HORTA HERMOSILLA

Dirección : AV.SAN ANDRES 131 CONCEPCION

Fono: 736704

Nombre Paciente : MU#OZ . HERMINDA DEL CARMEN

R.U.N. : 003788490-1

Nombre Respons. : MU#OZ . HERMINDA DEL CARMEN

R.U.N. : 003788490-1

Institución : 200

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 2219000

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto(\$) : 101.840,00

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

Servicios de : POLIPECTOMIA

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: HORTA HERMOSILLA GLO Especialidad : GASTROENTERO

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