

"CEOT S.A."

CENTRO DE ESTUDIOS
OTORRINOLARINGOLÓGICOS S.A.

**Giro: EXAMENES Y DIAGNOSTICOS
OTORRINOLARINGOLOGICOS**

San Martín N° 920 - Of. 501

Fono: (41) 2108251 - 2108258

CONCEPCION

R U T 78 045 180 7

FACTURA DE VENTA Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.

N° 3282

Fecha, 31 de Mayo de 2016

S.I. CONCEPCION

Señor(s): Hospital Naval Almirante Abrego RUT: 61.102025-2

Dirección: Michimalongo s/n Base Naval Ciudad: Toluca

Giro: _____ Fono: _____

Por lo siguiente:

a: CEOT S.A.

DEBE

Cantidad	DETALLE	P. UNITARIO	TOTAL
1	EGRESOS		
	Jose Gallardo Roco (Estudio 8 Bn)		50.000 =
CODIGO LU.RR	2010		
° CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Imp Fondos	5321 99 060 8580 (501)		
STEN	2522 11 950 8060		
	pesos	TOTAL \$	50.000
CANCELADO Fecha	de		
Nombre:		RUT:	
TOTAL \$	10.000		
Fecha de Entrega	Recinto:	Firma:	
El afuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4° y la letra b) del Art. 4° y la letra c) del Art. 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).			

Original Client

Imp. Lautaro - Rut: 10.191.739-8 - Galvarino 764 - Cel: 93587788 - Concep.

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. 101427400
FECHA. 30-05-2016

Al: CEOT S.A

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 2108251

Nombre Paciente : GALLARDO ROCO JOSE ROBERTO

R.U.N. : 002471505-1

Nombre Respons. : GALLARDO ROCO JOSE ROBERTO

R.U.N. : 002471505-1

Institución : 200

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 1469000

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto(\$): 50.000,00

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

Servicios de : VIII PAR (EX)

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