



"CEOT S.A."

CENTRO DE ESTUDIOS
OTORRINOLARINGOLOGICOS S.A.

Giro: EXAMENES Y DIAGNOSTICOS
OTORRINOLARINGOLOGICOS

San Martín N° 920 - Of. 501

Fono: (41) 2108251 - 2108258

CONCEPCION

OFICINA DE PARTES

14 ABR. 2016

DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 78.045.180-7

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

14 ABR. 2016

N°3247

S.I.I. - CONCEPCION

RUT: 61.102.025-2

Ciudad: Talcahuano

Fono:

Fecha, 31 de Marzo de 2016

Señor(s): Hospital Naval Almirante Abrego

Dirección: Melimallongo s/n Los Cordones

Giro:

Por lo siguiente:

a: CEOT S.A.

DEBE

Cantidad

DETALLE

P. UNITARIO

TOTAL

Cantidad	DETALLE	P. UNITARIO	TOTAL
1	EGRESO orden 8		
	Esperanza Ancanilla Lozano Sup.		21.000.-
CODIGO CURP	2010		

N° CHEQUE

Fecha

Tipo Fondos

SON: 21.000.-

CANCELADO

Fecha

Nombre

TOTAL

33211 95.060.000 (950.000)

2102 11 950.000

Recinto:

Firma:

El acuse 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).

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

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. 101405800
FECHA. 11-03-2016

Al: CEOT S.A

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 2108251

Nombre Paciente : ANCAMILLA TIZNADO ESPERANZA AN

R.U.N. : 025237951-7

Nombre Respons. : ANCAMILLA CHEGUAN LEONARDO ULI

R.U.N. : 017158489-2

Institución : 001

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 5571093

Factura Nro. : 3247. Fecha 31/03/2016 Monto(\$) : 21.000,00

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

Servicios de : IMPEDANCIOMETRIA DE ALTA FRECUENCIA

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: GONZALEZ GARFIAS CRI 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