



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

OFICINA DE PARTES

14 ABR 2016

DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 99.596.300-0

FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

N° 00156

S.I.I. - CONCEPCION

14 ABR 2016

IMPRESO ELECTRONICO

Fecha, 31 de MARZO de 20 16

Señor(es): Hospital Noud Alute Achizola

Dirección: Michindongo S/N Base Noud

Giro: _____ Ciudad: Tolcahuano

Teléfono: _____

Guía de Despacho: _____ O/C N°: _____ Cond. de Venta: _____

Por lo siguiente:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	TOTAL
2	Cartas ordenes 8		
	Francisca Bernol Jones (Peru)		60.000.-
	EGOSOS Matias Videsrama S. (Peru Acreditado)		35.000.-
CODIGO LU.RP 2010			
N° CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Tipo Fondos			
ITEM	TAREA	MONTO	
11		53211 95.060.0000 (S/01)	
		2102 11 950 0060	
SON: <u>noventa y cinco mil pesos.</u>			

TOTAL \$ 95.000

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 - Galvarino 764 - Cel.: 93587788 - Concepción.

TOTAL \$

95.000.-

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. 101407000
FECHA. 29-03-2016

Al: OTORRINO AL TECNOLOGIA S.A.

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 466205

Nombre Paciente : VALDERRAMA INOSTROZA MATIAS AL

R.U.N. : 025218359-0

Nombre Respons. : VALDERRAMA GONZALEZ PABLO JAVI

R.U.N. : 015164711-1

Institución : 001 Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 5040034

Factura Nro. : _____ Fecha : _____ Monto(\$): 35.000,00

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

Servicios de : POTENCIALES BERA CORTADO

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

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. 101399100
FECHA. 25-02-2016

Al: OTORRINO AL TECNOLOGIA S.A.

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 466205

Nombre Paciente : BERNAL YAÑEZ FRANCISCA JAVIERA

R.U.N. : 020014680-8

Nombre Respons. : YAÑEZ VILLENA MARISOL ELIZABET

R.U.N. : 013105963-9

Institución : 001 Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 6470973

Factura Nro. : _____ Fecha _____ Monto(\$) : 60.000,00

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

Servicios de : POTENCIALES EVOCADOS BERA

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.



NICOLAS INOSTROZA KIRSTEN
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO (S).