

MACARENA ALEJANDRA OLIVER BURGOS

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N° 1657

RUT: 13.307.360-4
GIRO(S): SERVICIOS DE MEDICOS EN FORMA INDEPENDIENTE,
MEDICO CIRUJANO
JUNGE 54 , CONCEPCION
TELEFONO: 97354058

29 SET. 2016

~~IMPRESO FACTURAS~~

Fecha: 12 de Agosto de 2016

Rut: 61.102.025- 2

Señor(es): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
Domicilio: MICHIMALONCO S/N LAS CANCHAS, TALCAHUANO

Por atención profesional:

| | |
|---------------------------------|----------------|
| ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADA | 120.000 |
| Total Honorarios \$: | 120.000 |
| 10 % Impto. Retenido: | 12.000 |
| Total: | 108.000 |

Fecha / Hora Emisión: 19/08/2016 16:17



1330736001657525E289

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

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

11201608191621

Fecha / Hora Impresión: 19/08/2016 16:21

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

| ITEM | TAREA | MONTO |
|------|-------|-------|
| 11 | | |
| | | |
| | | |

TOTAL \$ 108.000

53211 95.060.0500 (9101)
21522 11 950 8060

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. ~~10146630~~ 101453400
FECHA. 14-09-2016

1014 66700.
~~1014 66630.~~

Al: **MARARENA A. OLIVER BURGOS**

Dirección : **YUNGE 54 CONCEPCION**

Fono: 9735405

Nombre Paciente : **KAUER FERNANDEZ MICHELLE DOMIN** R.U.N. : 021004845-6
Nombre Respons. : **KAUER TAPIA HAROLD HECTOR** R.U.N. : 009136278-3
Institución : 001 Parentesco : **HIJOS** N.P.I. : 0020878

Factura Nro. : 1657. Fecha 12/08/2016 Monto(\$): 120.000,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole
Servicios de : **ATENCIÓN PSIQUIATRICA INFANTIL (2)**

Adicionales

Detallar : _____

1010032 SS A.

Solicitado por médico Dr.: **PEÑARANDA PEDEMONTE** Especialidad : **MEDICINA INF**

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