

**CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR**

**RUT: 9.134.967-1**

**GIRO(S): OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD,  
ENFERMERA**

**PTO DOMINGUEZ 9324 Villa/Pob. PTO SAVEDRA , HUALPEN**

**BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA**

**N ° 264**

**Fecha: 18 de Agosto de 2016**

**Rut: 61.102.025- 2**

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

**Por atención profesional:**

**1 HEMODIALISIS A PACIENTE GERARDO ARANEDA F.CLINICA 35183 RUT  
55390924**

**80.000**

**Total Honorarios \$:**

**80.000**

**10 % Impto. Retenido:**

**8.000**

**Total:**

**72.000**

**Fecha / Hora Emisión: 18/08/2016 00:48**



**091349670026487985DF**

**Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004**

**Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)**

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

**30 AGO 2016**

**11201608182013**

**Fecha / Hora Impresión: 18/08/2016 20:13**

**EGRESOS**

**CODIGO LU.RP 2010**

**N° CHEQUE**

**Fecha CHEQUE**

**Tipc Fondos**

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

**TOTAL \$**

**72.000**

**53211.99.060.8800 (9001)  
2102 11 880 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. 101452800

FECHA. 30-08-2016

Al: CECILIA IVONNE QUEZADA ESCOBAR

Dirección : PTO.DOMINGUEZ 9324 HUALPEN

Fono:

Nombre Paciente : ARANEDA CERRO GERARDO ANTONIO

R.U.N. : 010975103-0

Nombre Respons. : ARANEDA LUENGO GERARDO DEL TRA

R.U.N. : 005539092-4

Institución : 200

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 9724000

Factura Nro. : 264 Fecha 16/08/2016 Monto(\$): 80.000,00

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

Servicios de : SESION DE HEMODIALISIS (1)

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: ACOSTA VASQUEZ PAMEL Especialidad : NEFROLOGIA A

**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