

SERVICIOS MEDICOS OLIVER S.P.A.**Servicios Médicos**

Av. Prat 199 Torre A, Of. 707, Concepción

Fonos: 41 23 00 240 - 41 23 00 393

R.U.T.: 76.187.894-8

**BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA****Nº 01355**Fecha 30 de Marzo de 2017Señor(es) Hospital Nival "Alte. Adriaesola" Fono: _____

Dirección: _____

R.U.T.: 61.107.025-2 Ciudad: _____

DETALLE	VALOR
Consulta médico para Diego Francisco Lopez Romero, RUT 23.050.926-6.	50.000

SALAS PUBLICIDAD, E.I.R.L. Anibal Pinto 3431, 20-21 Fono 41-2740340 - Concepción

Sacareña Oliver B.

E: 13.307.360-4

C.M. 25525-3

Fondo-Juvenil MIND

06 ABR. 2017**INBERRA FARMAS**50.000

DUPLICADO: CLIENTE

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTAL \$ 50.000.53211 9 060.8880 (9101)
21572 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. 101536300
FECHA. 04-04-2017

Al: **MACARENA A. OLIVER BURGOS**

Dirección : **YUNGE** 54 **CONCEPCION**

Fono: 9735405

Nombre Paciente : **LOPEZ POMERI DIEGO FRANCISCO**

R.U.N. : 023050970-0

Nombre Respons. : **LOPEZ SALINAS FRANCISCO JAVIER**

R.U.N. : 015069276-8

Institución : 001

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 5044066

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

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

Servicios de : **EVALUACIÓN PSIQUIATRÍA INFANTIL**

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: **CALQUIN VASQUEZ MART** 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.
CAPITÁN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLÍNICO.