

**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 01371**Señor(es): Hospital Naval Almirante Armada Fono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

R.U.T.: 61 102.025-7 Ciudad: \_\_\_\_\_

| DETALLE                        | VALOR  |
|--------------------------------|--------|
| Consulta psiquiátrica Infantil | 50.000 |
|                                |        |
|                                |        |
|                                |        |
|                                |        |
|                                |        |

**Dra. Macarena Oliver B.**

SALAS PUBLICIDAD R.C.M. 23525-3 Fono 41-2749389 Concepción

**R.C.M. 23525-3****Psiquiatra Infanto-Juvenil MIND**

FIRMA

**11 ABR. 2017****INGRESO FACTURAS****50.000**

DUPLICADO: CLIENTE

**EGRESOS**

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

| ITEM     | TAREA | MONTO    |
|----------|-------|----------|
| 1        |       |          |
|          |       |          |
|          |       |          |
|          |       |          |
| TOTAL \$ |       | 50.000.- |

53211 99.060 0000 (9101)  
21822 11 990 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)

101537100  
NRO. ~~101536900~~  
FECHA. 10-04-2017

Al: MACARENA A. OLIVER BURGOS

Dirección : YUNGE 54 CONCEPCION

Fono: 9735405

Nombre Paciente : LOPEZ POMERI DIEGO FRANCISCOO  
Nombre Respons. : LOPEZ SALINAS FRANCISCO JAVIER  
Institución : 001 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : 023050970-  
R.U.N. : 015069276-  
N.P.I. : 5044066

Factura Nro. : 1371 Fecha 10/04/2017 Monto(\$): 50.000,0

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

Servicios de : CONSULTA PSIQUIATRIA INFANTIL

Adicionales

Detallar : \_\_\_\_\_

Solicitado por médico Dr.: CALQUIN VASQUEZ MART Especialidad : MEDICINA IN

**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 ESPINZA BIESCHKE.  
CAPITÁN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLÍNICO.