

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 01370**

Fecha: 11 de abr de 2017

Señor(es): Hospital Naval Almirante Fonos: _____

Dirección: _____

R.U.T.: 61 102 025-2 Ciudad: _____

DETALLE	VALOR
Consulta psiquiátrica Infante	50.000

SALAS PUBLICIDAD DE L. Macarena Oliver B. Fonos: 41-2749349 Concepción

Rut: 13.307.360-4

R.C.M: 23525-3

Psiquiatra Infante-Juvenil

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

DUPLICADO: CLIENTE

EGRESOS

CODIGO L.U.R.P. 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		50.000.-

53211. 95. 060. 0000 (9101)
21522- 11 950 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)

101537200
NRO. ~~101536200~~
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. : 1370 Fecha 10/04/2017 Monto(\$): 50.000,00

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

Servicios de : **EVALUACION PSIQUIATRIA 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.