

11 ENE. 2018

ROBERTO JOSE SANHUEZA CARTES

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N° 17

RUT: 7.124.614-0

GIRO(S): SERVICIOS DE MEDICOS EN FORMA INDEPENDIENTE,

MEDICO CIRUJANO

ANIBAL PINTO 215 Depto. 507, CONCEPCION

TELEFONO: 2224071

Fecha: 28 de Diciembre de 2017

Rut: 61.102.025- 2

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

Por atención profesional:

(23-12-2017)	EVALUACION	60.000
Total Honorarios \$:		60.000

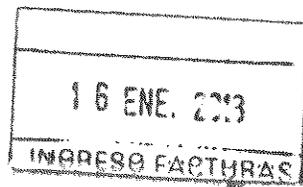
Fecha / Hora Emisión: 28/12/2017 22:17



071246140001740460FC

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl



El contribuyente emisor de esta boleta está encargado de declarar y enterar el PPM de Segunda Categoría correspondiente al 10%.

11201801022137

Fecha / Hora Impresión: 02/01/2018 21:37

EGRESOS		
CODIGO LU.RP 2010		
N° CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TARIFA	MONTO
/I		
TOTAL \$		60.000.-

53211 98.000 8500 (9701)
21522 11 950 8060

Al: **ROBERTO SANHUEZA CARTES**

Dirección : **ANIBAL PINTO 300 TALCAHUANO**

Fono:

Nombre Paciente : [REDACTED]
Nombre Respons. : [REDACTED]
Institución : 001 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : [REDACTED]
R.U.N. : [REDACTED]
N.P.I. : [REDACTED]

Factura Nro. : _____ Fecha : _____ Monto(\$): 60.000,00

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

Servicios de : **ATENCIÓN CIRUJANO INFANTIL**

Adicionales

Detallar : _____

Solicitado por médico Dr.: **CASTRO SEPULVEDA SAN** Especialidad : **CIRUGIA INFA**

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.**

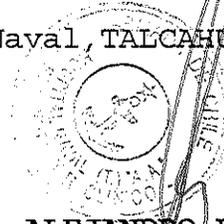
Facturar a **HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA"**, R.U.T. 61.102.025-2 adjuntando :

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.