

# CERTIFICADO

A través del presente Certificado informamos que la Cuenta de Hospitalización asociada al paciente Sr(a) .....Rut..... fue cancelada por Sr(a).....Rut.....

## Modalidad de Pago:

- Pago con Cheque
- N° ..... Banco ..... Monto \$ .....
  - N° ..... Banco ..... Monto \$ .....
  - N° ..... Banco ..... Monto \$ .....
- Efectivo..... Monto \$ .....
- Pagaré N° ..... Monto \$ .....
- Tarjeta Crédito o Débito N° ..... Monto \$ .....

Estos montos cancelados, corresponden a boletas y/o facturas emitidas por nuestro establecimiento hospitalario, asociadas a las atenciones prestadas durante la hospitalización del paciente.

Se extiende el presente Certificado, para ser Presentado en Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A.

Nombre y Timbre Prestador  
Nombre y Firma Responsable Recaudación

Santiago, ....de .....de 201...

(Clínicas / Hospitales)