



**SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE LEBU**

GIRO: SALUD

Dirección: Octavio Orellana N° 54

Fono: 2724500 - Lebu

Prestaciones Medicas - Regimen Ley N° 18.469

R.U.T.: 61.602.212-1
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS,
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

Nº 000136

OFICINA DE PARTES

24 ABR. 2017

Factura N° 036 -

DEPTO. REGISTRO

S.I.I. LEBU

26 ABR. 2017

INVENTARIO PATRIMONIAL

Fecha: 22 de Marzo de 2017

Señor(es): Hospital Naval de Talcahuano

RUT: 61.102.025-2

Dirección: Michimalongo S/N. Sector las canchas Ciudad: Talcahuano

Giro: _____ S. Orden de At.: N° _____

Por lo siguiente:

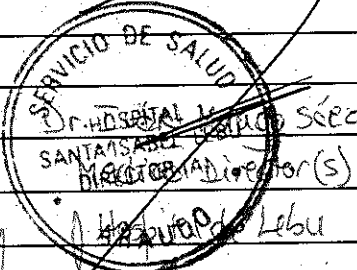
á: HOSPITAL DE LEBU

DEBE

Codigo	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
01-01-002-02	Dias Cama		7.300.-
01-01-003-02	Exámenes		9.950.-
01-01-004-02	Atención Ambulatoria		63.600.-
01-01-005-02	venta de Medicamento		6.134.-

se adjunta Nomina de Docentes

Claudia Adello Carrasco
Jefe Contabilidad



EGRESOS de Lebu

CODIGO CURP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tip Fondos

ITEM

TAREA

MONTO

5320.99 oro 0000 (oro)

SON: Cien y seis mil novecientos ochenta y Cuatro.

pesos.- S.E.ú O.

TOTAL \$

86.984.-

CANCELADO

TOTAL \$ 86.984

R.U.T.:

FECHA:

RECINTO:

FIRMA:

«El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto, en la letra b) del Art. 4°, y la letra c) del Art. 5° de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)»

PUBLIMOR LIMITADA

ORIGINAL: CLIENTE

En Greso de Despuete del Hospital

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **95571 (1905626)**
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61602212-1 HOSPITAL DE LEBU
Dirección : OCTAVIO ORELLANA 54
Fono : 511168

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 25288403-3 MATILDA JOSEFA NAVARRETE HIDALGO
Parentesco : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable: 13804921-3 PABLO RODRIGO NAVARRETE NOVOA
Institución : ARMADA
NPI : 576901-3
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10600	5300	0	5300
TOTAL GENERAL :			10600	5300	0	5300

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO** .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESMINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

25288403-3 MATILDA JOSEFA NAVARRETE HIDALGO

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95572 (1905629)
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61602212-1 HOSPITAL DE LEBU
Dirección : OCTAVIO ORELLANA 54
Fono : 511168

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 25269295-9 ANTONIA BELEN VIGOR MONTOYA
Parentesco : HIJOS
Repartición : PSG-73 ASPIRANTE ISAZA
Responsable: 17607791-3 JORGE ESTEBAN VIGOR YAUPE
Institución : ARMADA
NPI : 505611-7
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10600	5300	0	5300
0009920002	1	EXAMENES	9950	4975	3482	1493
TOTAL GENERAL :			20550	10275	3482	6793

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

25269295-9 ANTONIA BELEN VIGOR MONTOYA

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95570 (1905625)
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61602212-1 HOSPITAL DE LEBU
Dirección : OCTAVIO ORELLANA 54
Fono : 511168

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 24373666-8 JOSE VICENTE AGUIRRE WITTO
Parentesco : HIJOS
Repartición : ACADEMIA DE GUERRA NAVAL
Responsable: 12796216-2 JULIAN EDUARDO AGUIRRE PEROCARPI
Institución : ARMADA
NPI : 71100-4
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	1	VISITA MEDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	10600	5300	5300	0
0000202101	1	DIA CAMA HOSPITAL.MEDICI.Y ESPEC. (SALA 3 CAMA	7300	3650	3650	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	3800	1900	1900	0
TOTAL GENERAL :			21700	10850	10850	0

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN****Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95573 (1905631)
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : AMBULATORIA**A** : 61602212-1 HOSPITAL DE LEBU
Dirección : OCTAVIO ORELLANA 54
Fono : 511168

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 18069852-3 CARLOS ANDRES URRUTIA MARIN
Parentesco : SI MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO LEBU
Responsable : 18069852-3 CARLOS ANDRES URRUTIA MARIN
Institución : ARMADA
NPI : 589813-6
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	162	162	0	0
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10600	10600	0	0
TOTAL GENERAL :			10762	10762	0	0

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO** .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
BeneficiarioALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICOEstimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.**INFORME MEDICO**Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

18069852-3 CARLOS ANDRES URRUTIA MARIN

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95574 (1905632)
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61602212-1 HOSPITAL DE LEBU
Dirección : OCTAVIO ORELLANA 54
Fono : 511168

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 17170617-3 JESUS ALEJANDRO SALINAS RODRIGUEZ
Parentesco : SI MISMO
Repartición : OPV. 81 PILOTO PARDO
Responsable : 17170617-3 JESUS ALEJANDRO SALINAS RODRIGUEZ
Institución : ARMADA
NPI : 504612-6
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10600	10600	0	0
TOTAL GENERAL :			10600	10600	0	0

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO** .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

17170617-3 JESUS ALEJANDRO SALINAS RODRIGUEZ

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **95575 (1905634)**
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61602212-1 HOSPITAL DE LEBU
Dirección : OCTAVIO ORELLANA 54
Fono : 511168

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 17170617-3 JESUS ALEJANDRO SALINAS RODRIGUEZ
Parentesco : SI MISMO
Repartición : OPV. 81 PILOTO PARDO
Responsable: 17170617-3 JESUS ALEJANDRO SALINAS RODRIGUEZ
Institución : ARMADA
NPI : 504612-6
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10600	10600	0	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	2172	2172	0	0
TOTAL GENERAL :			12772	12772	0	0

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2**
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

17170617-3 JESUS ALEJANDRO SALINAS RODRIGUEZ

Ficha Clínica: