



**SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE LEBU**

GIRO: SALUD
Dirección: Octavio Orellana N° 54
Fono: 41272500 - 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 I.V.A.**

N° 00336

Factura n° 236

S.I.I. — LEBU

Fecha: 31 de Diciembre de 2017

Señor(es): Hospital Naval de Calcahuano RUT: 61.102.025-2

Dirección: Pichimalongo s/n, Sector las canchas Ciudad: Calcahuano

Giro: _____ S. Orden de At.: N° _____

Por lo siguiente: **á: HOSPITAL DE LEBU** **DEBE**

Código	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
03-01-003-02	Exámenes		18.380
03-03-004-02	Atención Ambulatoria		71.000.-
Se adjunta listado de pacientes			
SERVICIO DE SALUD			
JEFE CONTABILIDAD			
HOSPITAL DE LEBU			
Jorge Cepeda Cortés			
* Jefe Contabilidad *			
HOSPITAL DE LEBU			
SERVICIO DE SALUD			
HOSPITAL DE LEBU			
SANTA ISABEL LEBU			
DIRECTOR (A)			
Jorge Cepeda Cortés			
* Jefe Contabilidad *			
HOSPITAL DE LEBU			
EGRESOS			
CODIGO 03-01-003-02			
N° CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
TIPIFICACION			
II			
53211.99.050.000 (S.M.)			
21522 U. 950.000			

SON: Ochenta y nueve mil trescientos.

TOTAL: 89.380.-

pesos.- S.E.ú O.

TOTAL \$ 89.380.-

CANCELADO

NOMBRE: _____ 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)»

ORIGINAL: CLIENTE

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 : 102443 (2024357)
Validez : Desde el 23/02/2018 al 25/03/2018
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:

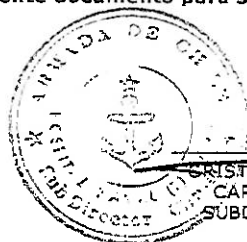
Paciente :
Parentesco : CONYUGE
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO LEBU
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI : 552703-2
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10900	5450	0	5450
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	10130	5065	2532	2533
0009920002	1	EXAMENES	57450	28725	20107	8610
TOTAL GENERAL :			78480	39240	22639	16601

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

CRISTIAN GONZALEZ GARFAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO (S)

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

INFORME MEDICO

Paciente:

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 : 102442 (2024344)
Validez : Desde el 23/02/2018 al 25/03/2018
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 :
Parentesco : SI MISMO
Repartición : ARSENAL NAVAL TALCAHUANO
Responsable:
Institución : ARMADA
NPI : 521312-6
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

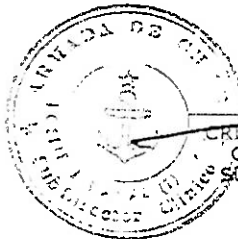
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10900	10900	0	0
TOTAL GENERAL :			10900	10900	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



CRISTIAN GONZALEZ GARCIA
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO (S)

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

Ficha Clínica: