



SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE LEBU

GIRO: SALUD
Dirección: Octavio Orellana N° 54
Fono: 41272500 - Lebu
Prestaciones Médicas - Régimen Ley N° 18.469

R.U.T.: 61.602.212-1

FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.

26 ENE. 2018

INDECO EXAT 11846

N° 00294

Factura 194.-

S.I.I. — LEBU

Fecha: 19 de diciembre 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

Código	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
01-01-004-02	Atención Ambulatoria		185.700.-
	SE. N° 101 de 2017		
	Nómina de Paciente		
	SERVICIO DE SALUD		
	JEFE CONTABILIDAD		
	* HOSPITAL DE LEBU *		
	Jorge Jepsen Cortes		
	JEFE CONTABILIDAD (S)		
	Hospital de Lebu		
	Yessica Avila Vicencio		
	Directora (S)		
	Hospital de Lebu		
	REGISTRO		
	CODIGO CURP 2010		
	N° 01000000		
	Fecha 01/01/2018		
	Tipo Factura		
	53201.95.050.0000 (95001)		
	21322.11.950.0000		

son: Ciento ochenta y cinco mil setecientos

pesos.- S.E.ú O.

TOTAL \$

185.700.-

CANCELADO

TO: NOMBRE: 185.700.- R.U.T.:
FECHA: RECINTO: FIRMA:

«El acuse de recibo que se declara en este auto, 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 : 102499 (2024866)
Validez : Desde el 26/02/2018 al 28/03/2018
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 : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO LEBU
Responsable:
Institución :
NPI : 554203-2
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad: MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	104660	52330	26165	26165
TOTAL GENERAL :			104660	52330	26165	26165

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:
Hipótesis Diagnóstico

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 : 102500 (2024867)
Validez : Desde el 26/02/2018 al 28/03/2018
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 : NINGUNO
Repartición
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI : 554203-2
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad: MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	81040	40520	20260	20260
TOTAL GENERAL :			81040	40520	20260	20260

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 GARFIAS
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

Fecha Clínica: