



Hospital
Santa Isabel
de Lebu

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.**

№ 0383

Factura nº 024

S.I.L. — LEBU

SECRET

INDEPENDENT EXETER

Fecha: 26 de Enero de 2018

Señor(es): Hospital Naval de Talcahuano RUT.: 61.103.025-2

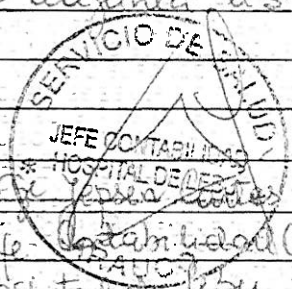
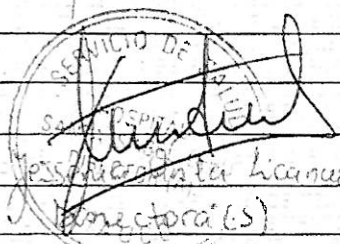
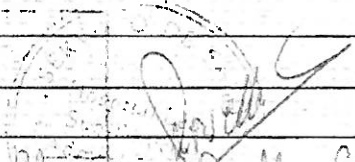
Dirección: El Orión 50 s/n, Sector Las Canchas Ciudad: Calcuthano

Giro: _____ S. Orden de At.: N° _____

Por lo siguiente:

à: HOSPITAL DE LEBU

DEBE

Codigo	DENOMINACION	VALOR	TOTAL
01-01-005-02	Venta de medicamentos		3.986.-
01-01-004-02	Atención Ambulatoria		65.400.-
	Se adjunta listado de pacientes		
	 Jefe Contabilidad Hospital de Lebu	 Jefe Licencias Hospital de Lebu	
	 Subdirectora(s) Administrativo Hospital de Lebu.		
	5326 55 050 0000 (5001)		
69.386.-	21522 11 990 0000		

SON: - Sesenta y nueve mil trescientos

Ochenta y seis

pesos.- S.E.ú O.

TOTAL \$	69.386
----------	--------

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.º y la letra c) del Art. 5.º de La Ley 19.963, 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 : 102528 (2025048)
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 : EL MISMO
Repartición : CAPITANÍA DE PUERTO LEBU
Responsable: 1
Institución : Armada
NPI : 517916-4
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
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10900	10900	0	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	162	162	0	0
TOTAL GENERAL :			11062	11062	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 GARRIAS
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:

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 : 102527 (2025046)
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 :
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO LEBU
Responsable :
Institución :
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
TOTAL GENERAL :			10900	5450	0	5450

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

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 : 102526 (2025044)
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 : S. MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO BUERTO CISMES
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI : 510216-9
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	3824	3824	0	0
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	10900	10900	0	0
TOTAL GENERAL :			14724	14724	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 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

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 : 102525 (2025041)
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 : 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
TOTAL GENERAL :			10900	5450	0	5450

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 GARETAS
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:

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 : 102524 (2025040)
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 : ARMADA
NPI : 554203-2
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
TOTAL GENERAL :			10900	5450	0	5450

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

24 8

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 : 102523 (2025039)
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 LERMA
Responsable :
Institución :
NPI : 597214-3
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEURÓLOGIA 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
TOTAL GENERAL :			10900	5450	0	5450

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

Ficha Clínica: