



**SOCIEDAD CINTIMAGEN
LIMITADA**

Giro: SERVICIO PROFESIONALES DE
EXAMENES DE IMAGENOLOGIA Y MEDICINA
NUCLEAR

SAN MARTIN INTERIOR 961- CONCEPCION

eMail : CONTACTO@CINTIMAGEN.CL Telefono :

R.U.T.:76.221.042- 8

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

N°159

S.I.I. - CONCEPCION

00

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR

R.U.T.: 61.102.025- 2

GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS

DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

COMUNA TALCAHUANO

CIUDAD: TALCAHUANO

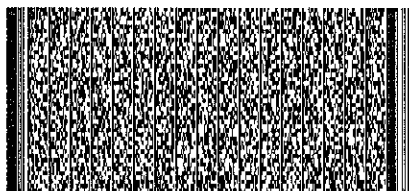
CONTACTO:

Fecha Emision: 15 de Febrero del 2017

07 MAR. 2017

INHERENTE FACTURAS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
0-501116	CINTIGRAMA HEPATICO PAC. KAREN CORTES BURGOS. CARTA ORDEN N° 101492900	1	130.000			130.000



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0

EXENTO \$ 130.000

TOTAL \$ 130.000

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTAL \$

130.000.-

53211.92 060.8880 (9101)
2172-11 950 2060

ARMADA DE CHILE
IIa. ZONA NAVAL
HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)

C A R T A O R D E N
(Autorización de Atención)

NRO. 101492900
FECHA. 11-01-2017

Al: SOCIEDAD CINTIMAGEN LTDA.

Dirección : SAN MARTIN 961 CONCEPCION

Fono:

Nombre Paciente : CORTES BURGOS KAREN ALEJANDRA

R.U.N. : 019082771-2

Nombre Respons. : CORTES TRONCOSO JOHNNY ANDRES

R.U.N. : 014368790-2

Institución : 200 Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 2713000

Factura Nro. : 159 Fecha 15/02/2017. Monto(\$): 130.000,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole

Servicios de : SPECT HEPATICO

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: OLIVA LAGOS JACQUELI Especialidad : MEDICINA INT

NOTA : Interconsulta válida sólo para la cobertura de gastos de urgencia y hospitalización, hasta que el paciente antes individualizado pueda ser trasladado a Hospital Naval (T). NO VALIDA PARA COBERTURA DE EXTRAS.

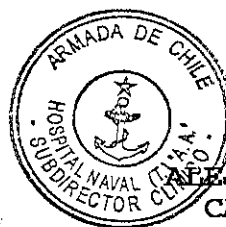
Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2
adjuntando :

- 1.ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
- 2.ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
- 3.INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
- 4.DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS, Y/O MEDICAMENTOS
- 5.EN CASO HOSPITALIZ., ADJUNTAR COPIA HIST.CLINICA PCTE.

Esta Orden de Atención tiene una VALIDEZ DE 30 DIAS para su cobro.
"Considerase aceptada la Factura o Boleta en cobro, si desde su recepción física y en un plazo no superior a 30 días no nos hemos pronunciado al respecto"

ENVIAR LA DOCUMENTACION A :

Hospital Naval, Michimalongo s/n, Base Naval, TALCAHUANO.



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO