

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO	FECHA	GLOSA	SubProg	C.COSTO	DEBE	HABER	OBLIG.	RUT	DOC.	FECHA
0-4.636	19/12/2018	PINTO LLANTEN CARLA ANDREA 11º F RENDIR DIC./18 PROG.ASIST.-D.PAGO 3373-C.13180175 Y 3180440								
Lin CTA	DENOMINACIÓN	SubProg	C.COSTO	DEBE	HABER	OBLIG.	RUT	DOC.	FECHA	
1 53201	Alimentos y Bebidas		000000	32.998	0					
2 53204	Materiales de Uso o Consumo		000000	240.337	0					
3 53211	Servicios Técnicos y Profesionales		000000	146.250	0					
4 53212	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo		000000	234.995	0					
5 2152201001002	Asistencia Social-Alimentos y Bebidas	4	000000	0	32.998	18-180		D-3373	04/12/2018	
6 2152204004003	Asistencia Social-Productos Farmacéuticos	4	000000	0	240.337	18-180		D-3373	04/12/2018	
7 2152211999003	Asistencia Social-Otros Servicios Profesionales	4	000000	0	146.250	18-180		D-3373	04/12/2018	
8 2152212002012	Asistencia Social-Gastos Menores	4	000000	0	234.995	18-180		D-3373	04/12/2018	
9 2152201001002	Asistencia Social-Alimentos y Bebidas	4	000000	32.998	0			D-3373		
10 2152204004003	Asistencia Social-Productos Farmacéuticos	4	000000	240.337	0			D-3373		
11 2152211999003	Asistencia Social-Otros Servicios Profesionales	4	000000	146.250	0			D-3373		
12 2152212002012	Asistencia Social-Gastos Menores	4	000000	234.995	0			D-3373		
13 1140382	Carla Pinto Llanten		000000	0	654.580			D-3373	04/12/2018	
<b>TOTALES</b>				<b>1.309.160</b>	<b>1.309.160</b>					

EMITIDO POR

VB  
CONF COMPROBANTE



A PAGO 3373



27.560294

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ  
Dirección Desarrollo Comunitario  
Departamento Asistencia Social

MEMO N° 64 /2018

ANT: Decreto Pago N°3373.

MAT: Solicita lo que indica.

Conchalí;

A : SEÑORA CATHERINA EMBRY  
ENCARGADA DEPTO. CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO.

DE : SEÑORA CARLA PINTO LLANTEN  
ENCARGADA DEPTO. ASISTENCIA SOCIAL.

Junto con saludar, muy cordialmente, de acuerdo al Antecedente, tengo a bien adjuntar y remitir a Ud. Rendición N° 11/2018, del Programa Asistencial correspondiente a la adquisición de bienes y servicios para vecinos de la comuna con vulnerabilidad socioeconómica, correspondiente a Decreto de Pago N° 3373 de fecha 04/12/2018 por un monto de \$700.000, de los cuales se realiza reintegro por un monto de \$ 44.515 folio N° 513120

Se adjunta Nomina de beneficiarios con informes sociales y documentación correspondiente.

En virtud de lo anterior se solicita nuevo fondo a rendir, correspondiente al mes de Enero 2018 a nombre de Carla Pinto Llantén.-

Saluda atentamente,

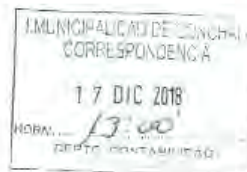
CARLA PINTO LLANTEN  
ENCARGADA  
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL



CPLL/

Distribución:

- CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO
- DAS
- Archivo





Municipalidad de Conchal  
 R.U.T. 69.070.200-2  
 Avda. Independencia N° 3499  
 226 286 100  
 Conchal - Santiago

FOLIO N° **513120**  
 INGRESO N° **3180175**

PINTO LLANTEN CARLA ANDREA		[REDACTED]
NOMBRE		RUT
[REDACTED]		
DOMICILIO		COMUNA
GASTOS MENORES ADM. MUNICIPAL		TELEFONO
TRIBUTO O MULTA POR INFRACCION		17/12/2018
R.O.L	VIGENCIA	FECHA EMISION
CONCEPTO REINTEGRO FONDOS A RENDIR PROGRAMA ASISTENCIAL		
DIRECCION DE ADM. Y UNIDAD		31/12/2018 FECHA VENCIMIENTO
IMPUESTOS Y/O DERECHOS		VALORES \$
Carla Pinto LLanten		44.515
		
NoLuminosa: 0	SUB TOTAL	44.515
Luminosa: 0	I.P.C.	0
Otup:	INTERES	0
		44.515
TOTAL S		44.515
Tot. Redon: vespinos		44.510
dvega	LIQUIDADOR	EMISOR
<b>CONTRIBUYENTE</b>		



Municipalidad de Conchalí  
 R.U.T. 69.070.200-2  
 Avda. Independencia N°3499  
 228 286 100  
 Conchalí - Santiago

FOLIO N° **513259**  
 INGRESO N° **3180440**

PINTO LLANTEN CARLA ANDREA		[REDACTED]
NOMBRE		RUT
[REDACTED]		
DOMICILIO		COMUNA
GASTOS MENORES ADM.MUNICIPAL TRIBUTO O MULTA POR INFRACCION		TELEFONO
R.O.L	VIGENCIA	18/12/2018 FECHA EMISION
CONCEPTO REINTEGRO D. DE PAGO N°3373 PROG. ASISTENCIAL		
DIRECCION DE ADM. Y UNIDAD		31/12/2018 FECHA VENCIMIENTO
IMPUESTOS Y/O DERECHOS		VALORES \$
Carla Pinto LLanten		905
NoLuminosa:0	SUB TOTAL	905
Luminosa:0	I.P.C.	0
Otup:	INTERES	0
<b>TOTAL \$</b>		<b>905</b>
<b>Tot. Redon: jzenteno</b>		<b>900</b>
dvega	LIQUIDADOR	EMISOR
<b>CONTRIBUYENTE</b>		





**DECRETO DE PAGO**  
**MUNICIPALIDAD**

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

DECRETO N° 3373      IDDOC 557900  
CONCHALÍ, martes 4 diciembre 2018

**VISTOS**

LA FACULTAD QUE ME CONFIERE LA LEY 18.695 DE 1988

**DECRETO: PAGUESE A TRAVES DEL SR. TESORERO MUNICIPAL A:**

SR(ES): PINTO LLANTEN CARLA ANDREA

RUT: [REDACTED]

LA SUMA DE \$:700.000

Y SON: SETECIENTOS MIL PESOS M/L

**POR LO SIGUIENTE:**

11° FONDO A RENDIR DICIEMBRE/18 PROGRAMA ASISTENCIAL - DE N°223 26/02/18  
RINDE POR MEMO N°63/18 DIDECO - RENDICION CONTABILIZADA EN MOVIMIENTO  
00-4357 04/12/18 - CERTIFICADO N°236 04/12/18 CONTABILIDAD - OBLIGACION N°  
18-180 IMPUTACION 2212002012

**CONTABILICESE COMO SE INDICA**

CUENTA	DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
1140382	Carla Pinto Llanten	700.000		[REDACTED]	M-63
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000	[REDACTED]	C-9024341
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000	[REDACTED]	C-9024341
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		100.000	[REDACTED]	C-9024311

TOTALES :                      700.000                      700.000

DIRECCION ADM. Y FINANZAS

SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECCION DE CONTROL

ALCALDE

CUENTA CORRIENTE

CHEQUE N°

NOMBRE

R.U.T.

EGRESO N°

FECHA DE PAGO

FIRMA

V°B° TESORERO

RECIBI CONFORME

### RECIBO

NOMBRE : Maria Colquin Bravo.  
DIRECCION : [REDACTED]  
C.DE IDENTIDAD : [REDACTED]  
BENEFICIO : Pago de Examen Aporte Municipio \$ 100.000  
(PROGRAMA ASISTENCIAL) Aporte Familia \$ 21.400-

[Signature]  
FIRMA BENEFICIARIO  
MARITZA FUENTES

[Signature]  
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO  


Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

701489882

Fecha Emisión : 12/12/2018 Hora : 10:49 Convenio : 17.225 Medicenter (Recoleta)  
 Afiliado : [REDACTED] MARIA CLARINA DE LAS CALQUIN BR Plan/Grupo Ingreso : B  
 Beneficiario : [REDACTED] CALQUIN BRAVO MARIA CLARINA DE Edad : 59 SEXO : F  
 DIRECCION : [REDACTED]

Prestación	H	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadora	Copago del Beneficiario
0405012 RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS	N	1	242.800	121.400	121.400
<b>TOTALES</b>			<b>242.800</b>	<b>121.400</b>	<b>121.400</b>

Saldo copago del Beneficiario : 121.400

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76.485.664-7  
 DERIVADO POR : 25.747.106-3

MEDICENTER DOS SPA  
dra

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : [REDACTED] HORA : 10:49 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

701489882







**MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ**  
**DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO**  
**DEPARTAMENTO SOCIAL.**

Examen 11/1/2018  
Firma  
Ayuda \$100.000

Conchalí, 07 de Agosto del 2018

### INFORME SOCIAL

Constanza González Carrasco, Trabajadora Social, realiza visita domiciliaria donde a través del presente documento se informa la situación socioeconómica que a continuación se individualiza:

#### I.-INDIVIDUALIZACION:

**NOMBRE** : MARIA CLARINA CALQUÍN BRAVO  
**RUT** : [REDACTED]  
**F. DE NACIMIENTO:** [REDACTED]  
**EDAD** : 58 años de edad.  
**ACTIVIDAD** : Trabajadora Sector Privado  
**ESTADO CIVIL** : Soltera  
**PREVISIÓN** : FONASA B  
**ESCOLARIDAD** : Educación Básica incompleta  
**DOMICILIO** : [REDACTED]  
**TELEFONO** : [REDACTED]

#### II.- IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR:

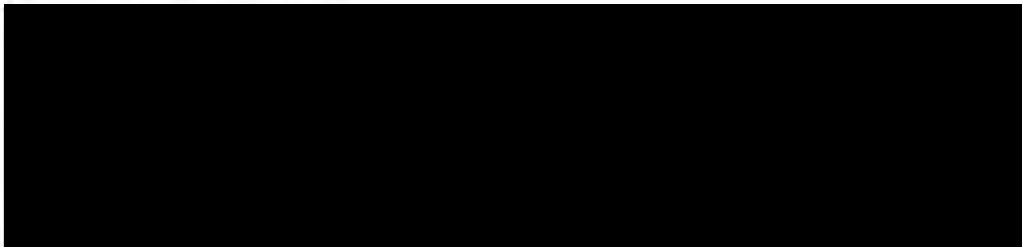
MARCO ANTONIO MANCILLA CALQUÍN (26), Hijo, F. de nacimiento 17 de Febrero 1993, Previsión FONASA A. Cesante hace un mes, nivelando en jornada 2 x1 enseñanza media.

#### III.-SITUACION HABITACIONAL:

Referida habita en calidad de propietaria, cuyo inmueble es de construcción sólida, se encuentra en buen estado de conservación, las dependencias de la vivienda se distribuyen en dos habitaciones, living- comedor, baño y cocina.

En relación a los enseres del hogar, estos en su totalidad se encuentran en óptimas condiciones, suficientes para satisfacer las necesidades de confort de la familia, además de la higiene, limpieza, iluminación y ventilación apropiada para el inmueble.

#### IV.- SITUACION DE SALUD:



## V.- SITUACION SOCIECONOMICA:



## VI.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración de lo anteriormente expuesto, es preciso mencionar que referida no cuenta con solvencia económica para cubrir el gasto de realizar una resonancia magnética, la cual resulta imperante para mejorar la calidad de vida de la referida y esta pueda integrarse nuevamente a la actividad laboral.

Por lo tanto, quién suscribe solicita apoyo al Departamento de Asistencia social, en la evaluación de brindar este beneficio económico para efectuar el pago de la resonancia magnética que doña María, requiere para mejorar su condición de salud.

Sin otro particular, se despide cordialmente

A circular official stamp of the 'Municipalidad de Conchalí' with the text 'DEPTO. DE ASIST. SOCIAL' in the center. A handwritten signature in blue ink is written over the stamp.

**Constanza González Carrasco**  
*Trabajadora Social*  
*Municipalidad de Conchalí*  
22-8286553

## V.- SITUACION SOCIECONOMICA:



## VI.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración de lo anteriormente expuesto, es preciso mencionar que referida no cuenta con solvencia económica para cubrir el gasto de realizar una resonancia magnética, la cual resulta imperante para mejorar la calidad de vida de la referida y esta pueda integrarse nuevamente a la actividad laboral.

Por lo tanto, quién suscribe solicita apoyo al Departamento de Asistencia social, en la evaluación de brindar este beneficio económico para efectuar el pago de la resonancia magnética que doña María, requiere para mejorar su condición de salud.

Sin otro particular, se despide cordialmente



**Constanza González Carrasco**  
*Trabajadora Social*  
*Municipalidad de Conchalí*  
22-8286553

## V.- SITUACION SOCIECONOMICA:

Referida manifiesta que hace dos meses no ha recibido el pago de su licencia, siendo ella la única proveedora del hogar, por lo que la situación es compleja para satisfacer las necesidades básicas, ahora solo depende de los ahorros que pudo realizar. Respecto del hijo, madre declara que no cuenta con aporte de ninguna índole por parte de su hijo, ya que este todo lo que produce trabajando lo destina al consumo de alcohol, drogas y el pago de la pensión de alimentos de su hija.

Cabe destacar que por el pago de la licencia recibía un aporte de 110.000 pesos aproximadamente.

## VI.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración de lo anteriormente expuesto, es preciso mencionar que referida no cuenta con solvencia económica para cubrir el gasto de realizar una resonancia magnética, la cual resulta imperante para mejorar la calidad de vida de la referida y esta pueda integrarse nuevamente a la actividad laboral.

Por lo tanto, quién suscribe solicita apoyo al Departamento de Asistencia social, en la evaluación de brindar este beneficio económico para efectuar el pago de la resonancia magnética que doña María, requiere para mejorar su condición de salud.

Sin otro particular, se despide cordialmente

  
**Constanza González Carrasco**  
*Trabajadora Social*  
*Municipalidad de Conchalí*  
22-8286553

**Ministerio de Salud**  
S.S. Metropolitano Norte  
Dr. Jose Symon Ojeda [CGU]

Fecha : 19-07-2018  
8:57:21

N° CERTIFICADO : 255581794

**CERTIFICADO DE ATENCIÓN**

**PACIENTE :**

R.U.N. : [REDACTED]  
Nombre : Maria Calquin Bravo

**PROFESIONAL :**

R.U.N. : [REDACTED]  
Nombre : Carlos Hernandez Borroto

**TIPO DE ATENCIÓN :**

Consulta Morbilidad

**Indicaciones :**

[REDACTED]

RESONANCIA MAGNETICA ABDOMINOPELVICA CONTRASTADA.

SE EMITE EL PRESENTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE LA PACIENTE PARA REALIZAR TRAMITES.

*Dr. Carlos Enrique Hernández Borroto*  
Médico Cirujano  
RUT. 15.801.953-9





# Presupuesto

Se adjunta la presente valorización a solicitud de MARIA CAIQUELIN BRAVO

Rut: [REDACTED]

Previsión: FONASA

Prestación V. Copago

Resonancia Abdomen

80.940

Resonancia Pelvis

80.940

~~\_\_\_\_\_~~


~~\_\_\_\_\_~~

Total:

\$ 161.880

Para ser presentado en: I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

Atte. Administración Sonorad Huérfanos.

  
SONORAD  
HUERFANOS



Santiago, 18 de julio de 2018.

Srs: Ilustre Municipalidad de Conchali  
Paciente: María Calquin Bravo  
Run: 8.593.826-6  
Cotizado por: Danimelys Torres  
Presente.

**COTIZACIÓN**

<b>Examen</b>	<b>Valor Fonasa</b>
RNM Abdomen y pelvis	\$121.400.
<b>Total</b>	<hr/> \$121.400.-

Atentamente,



Agregan  
Calquín  
mismo



# CARTOLA HOGAR

## REGISTRO SOCIAL DE HOGARES

El Ministerio de Desarrollo Social, certifica que el/la sr/sra; **MARÍA CLARINA DE LAS MERCEDES CALQUÍN BRAVO, RUN N° 8593826-6**, es parte del Registro Social de Hogares N° **41289607** y la información registrada se indica a continuación:

CARTOLA HOGAR - REGISTRO SOCIAL DE HOGARES - ESTA CARTOLA SE EMITE EN FORMA GRATUITA QUEDANDO PROHIBIDA SU COMERCIALIZACION

### Información del domicilio del hogar

**Calle:** [Redacted] **Block:** **Depto:** **Casa:**  
**Número:** [Redacted] **Región:** REGIÓN METROPOLITANA  
**Pbl/Villa:** **Comuna:** CONCHALI  
Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

### Integrantes de hogar: 2 personas

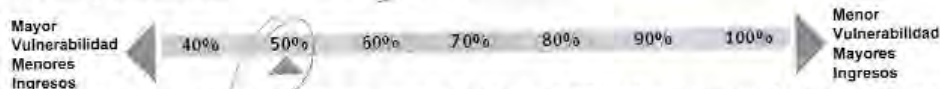
RUN	Nombre	Parentesco con el jefe/a de hogar
[Redacted]	MARÍA CLARINA DE LAS MERCEDES CALQUÍN BRAVO	1. Jefe(a) de hogar
[Redacted]	MARCO ANTONIO MANCILLA CALQUÍN	4. Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

### Ingreso promedio mensual del hogar

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

Fuente de ingreso	Rango de Ingresos	Características integrantes del hogar
Ingreso del trabajo	Entre \$255.000 y \$315.000	1. Menores de 18 años: 0
Ingreso de pensiones	Menor que \$50.000	2. De 60 años y más: 0
Ingreso de capital	Menor que \$50.000	3. Dependencia o discapacidad: 0
Total de ingresos del hogar	Entre \$255.000 y \$320.000	



**Su hogar está calificado entre el 41% y el 50% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

Fuente del Dato: Registro Social de Hogares - 19/07/2018

### Datos complementarios que influyeron en la calificación del hogar

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 22 de Junio de 2018 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Agosto 2018.

Se le recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la sección Mi Registro de la página web [www.registrosocial.gob.cl](http://www.registrosocial.gob.cl) o dirigirse a su Municipalidad para solicitar su actualización.

Fecha de emisión: 19 de Julio de 2018

### RECIBO

NOMBRE : Lucia Cornus Galaz  
DIRECCION : [REDACTED]  
C.DE IDENTIDAD : \_\_\_\_\_  
BENEFICIO : Pago de Examen \$46.250  
(PROGRAMA ASISTENCIAL)

Lucia Cornus  
FIRMA BENEFICIARIO

[Signature]  
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO





Fecha Emisión : 12/12/2018 Hora: 10:03 Convenio : 17.225 Mediocenter (Recoleta)  
 Afiliado : [REDACTED] LUCIA ANGELICA CAMUS GALAZ Plan/Grupo Ingreso : B  
 Beneficiario : [REDACTED] CAMUS GALAZ LUCIA ANGELICA Edad : 65 SEXO : F  
 DIRECCION : [REDACTED]

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
0403001 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO ENCEF	N		1	68.130	26.200	41.930

TOTALES 68.130 26.200 41.930

Saldo copago del Beneficiario : 41.930

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76.485.564-7  
 DERIVADO POR : 25.195.490-9

*[Firma Beneficiario]*  
 Firma Beneficiario

MEDICENTER DOS SPA  
 dr



*[Firma Profesional/Institución]*  
 Firma Profesional/Institución

EMISOR : 17.729.847-8 HORA : 10:04 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

701409780

Fecha Emisión : 12/12/2018 Hora: 10:03 Convenio : 17.225 Mediocenter (Recoleta)  
 Afiliado : [REDACTED] LUCIA ANGELICA CAMUS GALAZ Plan/Grupo Ingreso : B  
 Beneficiario : [REDACTED] CAMUS GALAZ LUCIA ANGELICA Edad : 65 SEXO : F  
 DIRECCION : [REDACTED]

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
0303026 TIROXINA LIBRE (T4L)	N		1	4.250	2.120	2.130
0303024 TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO,	N		1	3.700	1.850	1.850
0307011 VENOSA EN ADULTOS	N		1	340	0	340

TOTALES 8.690 4.310 4.320

Saldo copago del Beneficiario : 4.320

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76.763.230-4  
 DERIVADO POR : 25.195.490-9

*[Firma Beneficiario]*  
 Firma Beneficiario

LABOCENTER  
 dr



*[Firma Profesional/Institución]*  
 Firma Profesional/Institución

EMISOR : 17.729.847-8 HORA : 10:04 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

701409801



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI  
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

446.250  
mg de unta  
a cobajo

125/2018

Conchalí, 06 de septiembre de 2018

### INFORME SOCIAL

La profesional que suscribe, informa la situación socioeconómica de Lucía Camus Galaz, Cédula de Identidad N° 7.192.820-9, con el objetivo de solicitar al Dpto. de Asistencia Social, el financiamiento para realizar exámenes.

#### 1.- IDENTIFICACIÓN

Nombre: LUCIA ANGELICA CAMUS GALAZ  
Rut: [REDACTED]  
Estado Civil: CASADA  
Edad: 64 años  
Escolaridad: Basica Completa  
Ocupación: Pensionada  
Previsión De Salud: Fonasa B  
Dirección: [REDACTED]  
Contacto: [REDACTED]

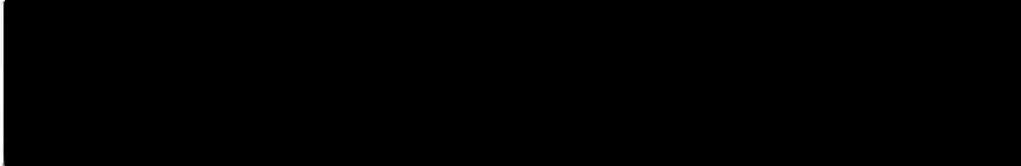
#### 2.- IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

IDENTIFICACION	DETALLES
Luis Alberto Rodríguez Amestica	Esposo, 70 años de edad, fecha de nacimiento 05/05/1948, cedula de identidad [REDACTED] pensionado, Fonasa B.

### 3.- SITUACIÓN ECONÓMICA

Familia nuclear compuesta por la referida y su esposo, respecto de su situación económica ninguno de ellos desarrolla actividad laboral económica debido que ambos se encuentran pensionados, generando un ingreso mensual del grupo familiar de \$306.000

### 4.- SITUACIÓN DE SALUD



### 5.-SITUACIÓN HABITACIONAL

La familia Habita en calidad de propietarios, vivienda de material sólido, compuesta de 6 dormitorios, 1 baños, living – comedor y cocina, la anterior en buen estado de conservación y además cuenta con todos los servicios básicos.

### 6.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración a la necesidad manifiesta de la referida, es que solicito al departamento social poder costear TAC de cráneo encefálico y exámenes de sangre varios, todos con un monto de \$46.250. Lo anterior es fundamental para que la referida pueda contar con un diagnóstico y ser prontamente tratada.

Se adjuntan dos cotizaciones  
Receta  
RSH  
Certificado Fonasa

Asistida mantiene vigente RSH en la comuna, estando calificado en el 51 y 60%.

Es cuanto puedo informar, Atte.

  
**Jessica Severino Mancilla**  
ASISTENTE SOCIAL  
DPTO. DE ASISTENCIA SOCIAL – UNIDAD DE VIVIENDA  
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI  
28286597/jessica.severino@conchali.cl

Gen001cg

INFORME DE PRESUPUESTO # PEDIR HORA FONTE

Paciente  
R.U.T.  
Previsión : FONASA  
Tipo Paciente : Ambulatorio

Telefono :

222702700-

SIN AYUNO

Presupuesto Válido por 30 Días a contar de 10/08/2018 hasta 09/09/2018

Codigo	Prestación	Cantidad	Habil(\$)	Inhabil(\$)
Exámenes: 04-03-001-00	TAC DE CRÁNEO ENCEFÁLICA	1	83.860	125.790
Preparación :				
	Total Exámenes :	1	83.860	125.790
EMITIR BONO A NOMBRE DE :	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD RUT : 79980070-			
	Total Presupuesto :	1	83.860	125.790

Presupuesto emitido por : ANGELICA ORTIZ CASTRILLON

Gen00Tcg

INFORME DE PRESUPUESTO

Paciente : CAMUS GALAZ LUCIA ANGELICA  
R.U.I. : XXXXXXXXXX Telefono :  
Previsión : FONASA  
Tipo Paciente : Ambulatorio

Presupuesto Válido por 30 Días a contar de 10/08/2018 hasta 09/09/2018

Código	Prestación	Cantidad	Habil(S)	Inhabil(S)
Exámenes: 03-03-024-00	TSH	1	5.920	8.880
Preparación : 03-03-026-00	TIROXINA LIBRE (T4L)	1	6.800	10.200
Preparación : 03-07-011-00	TOMA MUESTRA VENOSA ADULTO	1	1.090	1.635
Preparación :				
	Total Exámenes :	3	13.810	20.715

EMITIR BONO A NOMBRE DE : CLINICA DAVILA SERVICIOS MEDICOS RUT : 965304

Total Presupuesto : 3 13.810 20.715

Presupuesto emitido por : CLAUDIA ANDREA HERRERA MELGAREJO





Santiago, 10 de agosto 2018

Señores : Ilustre Municipalidad de Conchali  
Paciente : Lucia Angelica camus Galaz  
Rut. [REDACTED]  
Cotizado por: L.Ibarra  
Presente.

## COTIZACIÓN

### **Exámenes**

Tac de Cerebro S/contraste  
Exámenes Laboratorio

### **Valor Fonasa**

\$41.930.  
\$4320

Atentamente,



MEDICENTER DOS SPA  
76.485.564-7

**COTIZACIÓN**

Con fecha 10 de Agosto de 2018 se envía cotización de:

Examen fac Cerebral para ser  
presentado en Municipalidad de Conchalí.

Paciente:

Sr (a): Lucía Camus Galaz

Rut: 

A pagar valor particular

NOMBRE DE EXAMEN	VALOR
<u>fac Cerebral</u>	<u>\$ 57.660</u>
	\$
	\$
	\$
<b>TOTAL</b>	<u>\$ 57.660</u>

Centro Medico Alameda

  
**MEGASALUD SpA**  


### COTIZACIÓN

Con fecha 10. de 08. de 2018 se envía cotización de:

Examen LABORATORIO para ser  
presentado en MUNICIPALIDAD DE CONCEPCIÓN.

Paciente:

Sr (a): LUCIA CAMUS GALAZ

Rut: XXXXXXXXXX

A pagar valor particular

NOMBRE DE EXAMEN	VALOR
TSH.	\$ 7.696
T4	\$ 7.696
TOTA NUESTRA.	\$ 1.417
	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 16.809</b>

Centro Medico Alameda

MEGASALUD SpA






## CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **LUCÍA ANGÉLICA CAMUS GALAZ**, RUN [REDACTED] figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo B a que se refiere el artículo 160 D.F.L N° 01 del 2005, con certificación vigente.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines relacionados al área de salud.



  
Marcelo Mosso Gómez  
Director  
Fondo Nacional de Salud

Queremos que esté más informado.  
Llámenos al 600 360 3000  
Visítenos en [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

Este certificado tiene validez de 60 días, después de su emisión.

Fecha Emisión: 13/08/2018  
Código de Verificación: 1629169321



# CARTOLA HOGAR

## REGISTRO SOCIAL DE HOGARES

El Ministerio de Desarrollo Social, certifica que el/la sr/sra; **LUCÍA ANGÉLICA CAMUS GALAZ**, RUN N° 7192820-9, es parte del Registro Social de Hogares N° 41377292 y la información registrada se indica a continuación:

**Información del domicilio del hogar**

Calle: [REDACTED] Block:      Depto:      Casa:

Número: [REDACTED]

Pbi/Villa:

Comuna: CONCHALI      Región: REGIÓN METROPOLITANA

Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

**Integrantes de hogar: 3 personas**

RUN	Nombre	Parentesco con el jefe/a de hogar
5630XXX-X	LUIS ALBERTO RODRÍGUEZ AMÉSTICA	1. Jefe(a) de hogar
7192XXX-X	LUCÍA ANGÉLICA CAMUS GALAZ	2. Cónyuge o pareja
13259XXX-X	ARIEL ALEJANDRO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ	4. Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

**Ingreso promedio mensual del hogar**

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

Fuente de ingreso	Rango de Ingresos	Características integrantes del hogar
Ingreso del trabajo	Entre \$395.000 y \$490.000	1. Menores de 18 años: 0
Ingreso de pensiones	Entre \$245.000 y \$305.000	2. De 60 años y más: 2
Ingreso de capital	Menor que \$50.000	3. Dependencia o discapacidad: 0
Total de ingresos del hogar	Entre \$640.000 y \$790.000	

Mayor Vulnerabilidad Menores Ingresos      40%      50%      60%      70%      80%      90%      100%      Menor Vulnerabilidad Mayores Ingresos

**Su hogar está calificado entre el 51% y el 60% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

Fuente del Dato: Registro Social de Hogares - 13/08/2018

**Datos complementarios que influyeron en la calificación del hogar**

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 22 de Julio de 2018 a las 01:00 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Septiembre 2018.

Se le recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la sección Mi Registro de la página web [www.registrosocial.gob.cl](http://www.registrosocial.gob.cl) o dirigirse a su Municipalidad para solicitar su actualización.

Fecha de emisión: 13 de Agosto de 2018

CARTOLA HOGAR - REGISTRO SOCIAL DE HOGARES - ESTA CARTOLA SE EMITE EN FORMA QUINCUA QUINARIO PERIÓDICA SU COMERCIALIZACIÓN



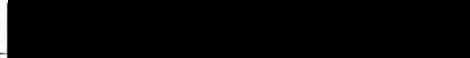






14	12	2018
----	----	------

## RECIBO

**NOMBRE** : Luis Calderón Olivares

**DIRECCIÓN** : 

**C. IDENTIDAD** : 

**BENEFICIO** :  202 \$ 105.000  
(CORTES DE NYLON)

Luis Calderón Olivares  
FIRMA BENEFICIARIO

  
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

ARTICULO MEDICO  
PATRICIA ISABEL MACHUCA NUÑEZ E.I.R.L.

R.U.T.: 76.847.721-3  
AV. INDEPENDENCIA 928 - FONONO: 22401 6358  
INDEPENDENCIA - SANTIAGO  
E-mail: tricia.machuca@gmail.com  
"TRIMEDIC"

BOLETA DE VENTAS  
Y SERVICIOS

FECHA 11/12/2019

Nº 05379

Nombre: Municipalidad de Conchalí

R.U.T.:

CANT.	DETALLE	TOTAL
53	[REDACTED]	

IMPITA, BENIGNA MORA R.U.T. 7 958.824-1 GAMERO 1975 INDEPENDENCIA

TOTAL \$ 105.000  
DUPLICADO: CLIENTE



FECHA \_\_\_\_\_

### COTIZACIÓN

[Redacted]

1 p3e.

53 bolsas. \$ 105.000

TRIMEDIC,  
Av. Independencia 928  
Fono: 22 401 6358



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ  
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO SOCIAL

Bolsa de  
Colores nueva  
\$125.000  
+ medic

127/2018.

Conchalí, 10 de Septiembre del 2018

### INFORME SOCIAL

*Constanza González Carrasco*, Trabajadora Social, realiza visita domiciliaria donde a través del presente documento se informa la situación socioeconómica que a continuación se individualiza:

#### I.-INDIVIDUALIZACION:

**NOMBRE** : LUIS FRANCISCO CALDERÓN OLIVARES  
**RUT** : [REDACTED]  
**EDAD** : 56 años de edad.  
**F.NACIMIENTO** : 10/01/1962  
**ACTIVIDAD** : Pensionado  
**ESTADO CIVIL** : Soltero  
**PREVISIÓN** : FONASA B  
**ESCOLARIDAD** : Educación Básica Incompleta  
**DOMICILIO** : [REDACTED]  
**TELEFONO** : [REDACTED]

#### II.- IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR:

**ROSA MARÍA JARA BAHAMONDEZ** (Ex pareja), 53 años de edad, Estado Civil Soltera, R.U.T. [REDACTED] F. Nacimiento 10/07/1964, FONASA A, Educación media incompleta, Trabajadora Independiente.

**PAULA ANDREA CALDERÓN JARA** (Hija), 36 años de edad, Estado Civil Soltera, R.U.T. [REDACTED] F. Nacimiento 04/06/1982, FONASA A, Educación media completa, Trabajadora Independiente.

**PAULA ALEJANDRA SANDOVAL CALDERÓN** (Nieta), 08 años de edad, E. Civil Soltera, R.U.T. [REDACTED] F. Nacimiento 13/11/2009, FONASA A, Cursando 3º básico.

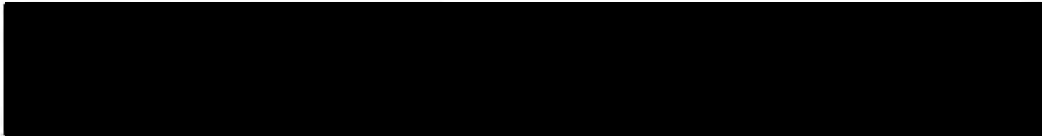
**FRANCISCO ALEJANDRO SANDOVAL CALDERÓN** (Nieto), 06 años de edad, E. Civil Soltero, R.U.T. [REDACTED] F. Nacimiento 22/07/2011, FONASA A, Cursando 1º básico.

#### III.-SITUACION HABITACIONAL:

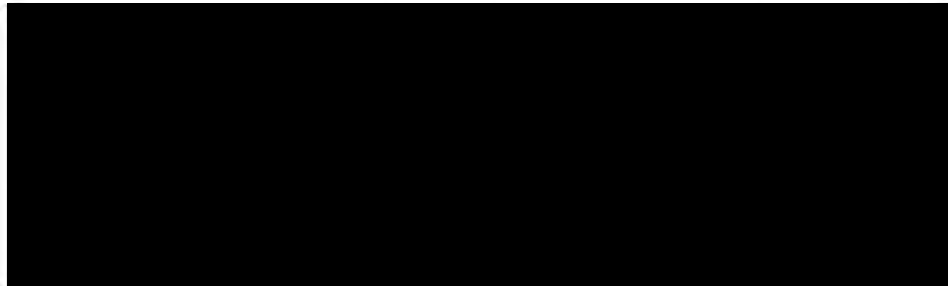
Referido habita en calidad de allegado en casa de su ex pareja, cuya vivienda es de construcción sólida y se encuentra en mal estado de conservación, esta se distribuye en un dormitorio, living – comedor, cocina y baño.

En relación a los enseres del hogar, estos son deficientes para satisfacer las necesidades de confort de la familia, higiene, limpieza, iluminación y ventilación apropiada para el inmueble.

#### IV.- SITUACION DE SALUD:



#### V.- SITUACION SOCIECONOMICA:



#### VI. SITUACIÓN ACTUAL

Las condiciones socioeconómicas del referido, son precarias, hace un año atrás que vive de allegado en la casa de su ex pareja, ya que no tiene otro lugar para vivir y por su enfermedad no puede trabajar para cancelar un arriendo, afectando además a un espacio adecuado para él, esto porque en la casa no existen más dormitorios y él duerme en un sillón del living de la casa.

Los aportes por PBSI, resultan deficientes para solventar sus gastos en insumos médicos y requiere de manera permanente el cambio de bolsas de colostomía.

Es importante destacar que de acuerdo al RSH, requirente se encuentra con identificación aparte del otro grupo familiar, ya que señala que esta de manera transitoria en este hogar, por no tener una relación buena con su ex pareja.

#### VII.- PETICION

En consideración de lo anteriormente expuesto, es preciso mencionar que referido no cuenta con la solvencia económica para comprar las bolsas de colostomía que necesita de manera permanente, cuyo costo es inaccesible para los ingresos económicos que percibe

Por lo tanto, quien suscribe solicita evaluar la posibilidad de entregar el beneficio, que permitirá mejorar la calidad de vida.

Sin otro particular, se despide cordialmente

  
**Constanza González Carrasco**  
Trabajadora Social  
Municipalidad de Conchalí  
22-8286553







SANTIAGO, 22 DE JUNIO DE 2018

## CERTIFICADO

CERTIFICO QUE EL PACIENTE LUIS FRANCISCO CALDERON OLIVARES, RUT [REDACTED]

[REDACTED]

EN POSTOPERATORIO SE INDICO INICIO DE TRAMITES DE PENSION, PERO YA AGOTÓ SUS RECURSOS DE AHORROS PREVISIONALES.

SE ENTREGA EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO EN MUNICIPALIDAD DE CONCHALI.

ATENTAMENTE,

Dr. Lorenzo González P.  
Rut: 15.335.033-7  
Cirujía General  
y Laparoscópica

**DR. LORENZO GONZALEZ PALACIOS**

**EQUIPO CIRUGIA DIGESTIVA**

**HOSPITAL SAN JOSÉ**



FECHA 30/05/2018

COTIZACIÓN



105.000.

~~Patricia Machuca Núñez  
R.U.T.: 11.663.621-2  
Tel.: 7 659 5723~~



30-Mayo-2018.

**Cotización**

Luis Alderón



60 Bollos \$ 105.000.

**MARTIMED**  
Marlene Soto Rizzo  
11.910.028-3  
Av. Independencia 956

**CENTRO ORTOPEDICO MEYER LIMITADA**

VENTA DE ARTICULOS ORTOPEDICOS

GAMERO 1277  
INDEPENDENCIA  
SANTIAGO  
Mail: alfredo@megamed.cl  
Teléfono: 22 73215 85

RUT: 78.970.080-K  
NOTA PEDIDO / COTIZACION

N° 418

**SEÑOR:** luis calderon  
**RUT:** ª  
**GIRO:** Sin Giro  
**DIRECCIÓN:**  
**COMUNA:**

**FECHA EMISIÓN:** 30/05/2018  
**FECHA VENCIMIENTO:** 30/05/2018

**CIUDAD:**  
**FORMA DE PAGO:**

TEM	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	SUBTOTAL
SALTS BOLSA 1 PIEZA COLOSTOMIA G/U	\$ 1.806,72	60	\$ 108.403

ota:

in: CIENTO VEINTINUEVE MIL

NETO (\$)	\$ 108.403
I.V.A. 19%	\$ 20.597
TOTAL (\$)	\$ 129.000

CENTRO ORTOPEDICO MEYER LTDA.  
GAMERO 1277 - INDEPENDENCIA  
R.U.T.: 78.970.080-K  
FONO: 22 732 15 85



# CARTOLA HOGAR

## REGISTRO SOCIAL DE HOGARES

El Ministerio de Desarrollo Social, certifica que el/la sr/sra; **LUIS FRANCISCO CALDERÓN OLIVARES**, RUN N° 8316074-8, es parte del Registro Social de Hogares N° 50892544 y la información registrada se indica a continuación:

CARTOLA HOGAR - REGISTRO SOCIAL DE HOGARES - ESTA CARTOLA SE EMITE EN FORMA GRATUITA QUEDANDO PROHIBIDA SU COMERCIALIZACION

### Información del domicilio del hogar

Calle: [REDACTED]  
 Número: [REDACTED] Block:      Depto:      Casa:  
 Pbi/Villa: CONCHALI -PB      Región: METROPOLITANA DE SANTIAGO  
 Comuna: CONCHALI  
Información declarada por el informante Registro Social de Hogares

### Integrantes de hogar: 1 personas

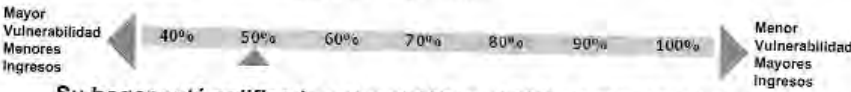
RUN	Nombre	Parentesco con el jefe/a de hogar
[REDACTED]	LUIS FRANCISCO CALDERÓN OLIVARES	1. Jefe(a) de hogar

Información declarada por el informante Registro Social de Hogares

### Ingreso promedio mensual del hogar

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

Fuente de ingreso	Rango de Ingresos	Características integrantes del hogar
Ingreso del trabajo	Entre \$10.000 y \$160.000	1. Menores de 18 años: 0
Ingreso de pensiones	Entre \$20.000 y \$70.000	2. De 60 años y más: 0
Ingreso de capital	Menor que \$50.000	3. Dependencia o discapacidad: 0
Total de ingresos del hogar	Entre \$155.000 y \$205.000	



**Su hogar está calificado entre el 41% y el 50% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

Fuente del Dato: Registro Social de Hogares - 11/09/2018

### Datos complementarios que influyeron en la calificación del hogar

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 22 de Agosto de 2018 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Octubre 2018.

Se le recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la sección Mi Registro de la página web [www.registrosocial.gob.cl](http://www.registrosocial.gob.cl) o dirigirse a su Municipalidad para solicitar su actualización.  
 Fecha de emisión: 11 de Septiembre de 2018

**RECIBO**

NOMBRE : Mano Saipolo Vebzo  
DIRECCION : [REDACTED]  
C.DE IDENTIDAD : [REDACTED]  
BENEFICIO : [REDACTED] \$ 130.900  
(PROGRAMA ASISTENCIAL)

[Signature]  
FIRMA BENEFICIARIO

[Signature]  
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO







**Mediplex S.A.**  
Importadora y Distribuidora de Artículos Médicos

Casa Matriz : Julio Prado 1069, Providencia - Santiago, Chile  
Contacto : +56 2 2483 8000 / www.mediplex.cl / ventas@mediplex.cl  
Sucursal : Salar de Ascotán 1297, ENEA - Pudahuel / +56 2 2483 6055

R.U.T.: 86.383.300-0  
**BOLETA ELECTRONICA**  
N° 000000500

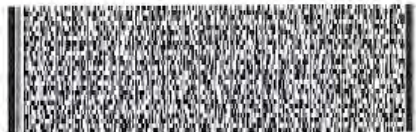
SII - SANTIAGO ORIENTE

Señor(es)	: CLIENTE BOLETAS	Fecha Emisión	: 13 / 12 / 2018
R.U.T.	: 2-7	Condición de Pago	: Contado
Giro	: PARTICULAR	Ciudad	: Santiago
Dirección	: Julio Prado 1069	Ciudad Destino	: Santiago
Comuna	: Providencia	Comuna Destino	: Providencia
Dirección Destino	: Julio Prado 1069	Patente	:

**Observaciones**  
MASCARILLA SIN DERECHO A DEVOLUCION O CAMBIO, VENTA MUNICIPALIDAD DE CONCHALI, PCTE MARIO SALGADO VELOZO Basado en Pedidos de cliente 37563.

Código	Descripción	Serie/Lote	Cantidad	P. Unitario	Total
FP400475	[REDACTED]		1	130.900	130.900

Tipo de Documento	Folio	Fecha	Razón de Referencia	SUBTOTAL	130.900
Orden de Compra	CPAP	13/12/2018		DESCUENTO 0.69 %	900
				<b>Monto Total</b>	<b>130.000</b>



Timbre Electrónica S.LL  
Res. 80 del 22-06-2014  
Verifique documento www.dteone.cl



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI  
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO  
Departamento Asistencia Social

CONCHALI, 04.10.2018

INFORME SOCIAL

La Asistente Social que suscribe informa a UD., la situación socio-económica del Sr. **MARIO ENRIQUE SALGADO VELOZO**, Cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliado en [REDACTED]

Fono 971317879

GRUPO FAMILIAR:

Asistido - **MARIO ENRIQUE SALGADO VELOZO**, fecha nacimiento 21.01.1954, 64 años de edad, estado civil viudo, instrucción 8° Enseñanza Básica, pensionado percibe \$98.452 mensuales.

SITUACIÓN ECONOMICA Y ACTUAL:

[REDACTED]

SITUACIÓN HABITACIONAL:

Asistido propietario de vivienda sólida, la que se encuentra en buen estado de conservación; habita la vivienda principal, la que consta de living-comedor un dormitorio y baño. Se observa mobiliario suficiente y en buen estado de conservación. La propiedad es ocupada por dos familias.

SITUACIÓN DE SALUD:

[REDACTED]

Medio plazo julio 130/2018  
Proceso de 1069, Proceso de 130/2018  
Pasivos 130.000 } rwn  
Corregidos 13 233 }

Por diagnóstico y velando mejorar calidad de vida de asistido, médico tratante solicita el uso de mascarilla Oronasal talla S (marca Fisher Paykel) que es la única compatible para equipo CPAP de del paciente, de acuerdo al valor que se adjunta.

**OPINIÓN PROFESIONAL:**

En atención a los antecedentes socio-económicos y de salud expuestos y a la necesidad de asistido de adquirir Mascarilla Oronasal talla S marca Fisher Paykel, es que la Asistente Social suscrita solicita al Departamento Social del Municipio, la compra de dicha mascarilla en beneficio del Sr. Manuel Francisco Marimán Inostroza de acuerdo a cotización que se adjunta.

Es cuanto puedo informar.

  
MIRTA HUARTE UBEDA  
Asistente Social



MINISTERIO DE SALUD  
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ  
SUBDIRECCIÓN MÉDICA  
COMITÉ DE FARMACIA

*Byman-Correa*  
*A = 1144*

**RECETA**

**Nº 106260**

Nº FICHA : [REDACTED]

NOMBRE : Mario Salgado Veleja

SERVICIO : Pneumología SALA CAMA N° : [REDACTED] DIA : 06 MES : 09 AÑO : 18

DIAGNOSTICO : JAHOS.

USO EXCLUSIVO FARMACIA			PRESCRIPCIÓN
Código Medicam.	Cant.	Unidad	Medicamento
		-	maravilla ON
			marca F & P.
			Talla 5
		-	Corrugado y anés

Médico: Tous

RUT: 12108485-5

Código: MDR 1

  
FIRMA MÉDICO

**mirtha huarte**

**De:** Giovanna Lanzarini <giovanna.lanzarini@reidsalud.gov.cl>  
**Enviado el:** jueves, 4 de octubre de 2018 13:24  
**Para:** mhuarte@conchal.cl  
**Asunto:** Derivación Sr. Mario Salgado

Estimada

Junto con saludar, informo que se realizaron las consultas a Doctora quien refirió que mascarilla descrita en derivación y receta médica (Fisher & Paikel) es la única compatible para equipo CPAP del paciente. Es todo cuanto puedo informar.

Saludos cordiales



**Giovanna Lanzarini González**  
**Trabajadora Social**  
Unidad Servicio Social  
Complejo Hospitalario San José  
(+56 2) 2568 0235 / Anexo:280235  
Ministerio de Salud

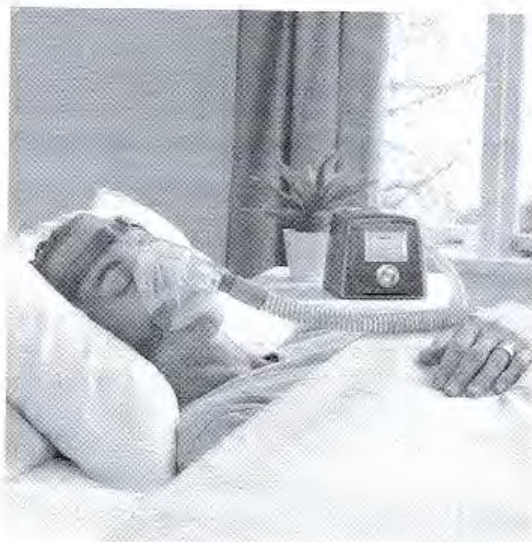
*no hay otros  
proceder*



Libre de virus: [www.alvast.com](http://www.alvast.com)

mediplex  
Julio Prado 1069.-  
Providencia

Búsqueda en catálogo



### MASCARILLA ORONASAL SIMPLUS

**130.000 CLP**

Impuestos incluidos

Las Mascarilla Simplus de Fisher and Paykel tiene un diseño cómodo y de fácil ajuste.

Tamaño

S



Color

Compartir


Descripción Detalles del producto Adjuntos


La Mascarilla Simplus **incorpora 3 innovaciones para otorgar una mejor comodidad.**


**El Arnés Ergonómico Ergoform:** Los paneles elásticos y rígidos aportan la estructura y el apoyo necesarios para que su rendimiento y utilidad sean óptimos.

**Vaina Rollfit:** El sellado de la vaina rollfit genera gran ajuste a nivel facial y en el puente nasal, otorgando un sello automático, lo que permite minimizar la presión en las zonas de contacto

**Easy Frame:** El discreto marco de bajo perfil es estable, liviano y pequeño, lo que garantiza una visión amplia y libre de obstáculos.


 **Política de seguridad:** Mediplex adhiere en todos sus puntos al Código de Buenas Prácticas para el Comercio Electrónico de la Cámara de Comercio de Santiago y al Código de Ética de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS) de Chile.

 **Política de envío:** Mediplex procederá al despacho de las mercaderías solicitadas en un plazo de dos días hábiles a partir del momento de la compra.

 **Política de devolución:** Nuestro compromiso de Satisfacción Garantizada le permite cambiar o devolver su producto hasta 20 días después de la fecha de despacho, en las oficinas centrales de MEDIPLEX. Solo debe asegurarse que el producto que quiere cambiar o devolver esté sin uso.

Información de nuestras oficinas centrales y centros especiales.



Búsqueda en catálogo 



## TUBO CORRUGADO DESECH ADULTO C/ALAMBRE

13.733 CLP


Impuestos incluidos


Circuito calefaccionado adulto de una vía compatible con cámara MR290.


Compartir

## Detalles del producto

### Referencia FPRT102

 **Política de seguridad:** Mediplex adhiere en todos sus puntos al Código de Buenas Prácticas para el Comercio Electrónico de la Cámara de Comercio de Santiago y al Código de Ética de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS) de Chile.

 **Política de envío:** Mediplex procederá al despacho de las mercaderías solicitadas en un plazo de dos días hábiles a partir del momento de la compra.

 **Política de devolución:** Nuestro compromiso de Satisfacción Garantizada le permite cambiar o devolver su producto hasta 20 días después de la fecha de despacho, en las oficinas centrales de MEDIPLEX. Solo debe asegurarse que el producto que quiere cambiar o devolver esté sin uso.

Informarse de nuestros planes (tarifas y otros) en el menú

Su dirección de correo electrónico

CATEGORÍAS

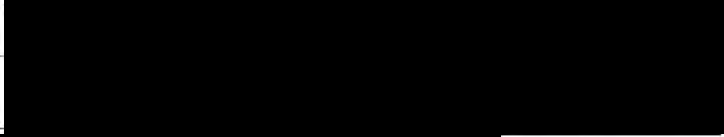
INFORMACIÓN


SU CUENTA

INFORMACIÓN DE LA TIENDA

## RECIBO


**NOMBRE** : Claudio Ruiz Miranda

**DIRECCIÓN** : 

**C. IDENTIDAD** : 

**BENEFICIO** :  \$ 196.780

(CORTES DE NYLON)

x 

FIRMA BENEFICIARIO

x   
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO





INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER  
 PROF. ZAÑARTU N° 1010 - FONDO: 225757100  
 COMUNA INDEPENDENCIA - SANTIAGO  
 GIRO: HOSPITAL

R.U.T.: 61.608.404-6  
 BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS  
 NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.

FECHA: 11/12/18

N°: 0038388

0  1 PARTICULARES  0  4 INSTITUCIONALES  EFECTIVO  CHEQUE N° \_\_\_\_\_

BANCO: \_\_\_\_\_

POR CONCEPTO DE:

02-001	DIA CAMA	
02-002	DERECHO A PABELLON	
02-003	EXÁMENES	
	LABORATORIO	
	IMAGENOLOGÍA	
	PROCEDIMIENTOS	
02-004	CONSULTA MEDICO	
02-005	MEDICAMENTOS <i>Dr. Olan</i>	146.740
02-007	TRASLADOS	
02-999	OTROS	
	GARANTIAS HOSPITALIZACIÓN	
	DONACIONES	
	OPERACIONES AÑOS ANTERIORES	
	TOTAL	146.740

RECIBÍ DE DON(ña) *Claudia Ruiz Jiricote*  
 LA CANTIDAD DE: *Ciento cuarenta y seis setenta*

INTERESADO <i>promete por</i>	RECAUDADOR
FIRMA: <i>Marta Ugalde de Jiricote</i>	FIRMA:
RUT: <i>69-070200-2</i>	TIMBRE:

CCE: 901-218

Carlos Vergas Castillo - bagdad 1470 - Rut.: 13.940.082-8 - fono: 224070737 - Maipo - Santiago

CLIENTE

13/1/2018



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI  
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 10 de Octubre 2018

### INFORME SOCIAL

La profesional que suscribe, informa la situación socioeconómica de doña CLAUDIA CAROLINA RUIZ MIRANDA,

[Redacted] ster  
\$146.736.-

#### 1.- IDENTIFICACIÓN

Nombre:	CLAUDIA CAROLINA RUIZ MIRANDA
Rut:	[Redacted]
Estado Civil:	Soltera
Edad:	38 años
Fecha De Nacimiento:	07.08.1980
Escolaridad:	Cuarto año medio
Actividad:	Pensionada por invalidez
Previsión De Salud:	Fonasa B
Dirección:	Pasaje Rosa Riquelme N° 3969, Conchalí.
Contacto:	931131138

#### 2.- SITUACIÓN ECONÓMICA

[Redacted]

#### 3.- SITUACIÓN DE SALUD

[Redacted]



**4.-SITUACIÓN HABITACIONAL**

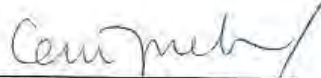
Vivienda de Sucesión, de material sólido, en malas condiciones. Consta de living-comedor, 1 dormitorio, cocina y baño.

**5.- OPINIÓN PROFESIONAL**

En consideración a la necesidad manifiesta de la asistida, la profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social el financiamiento de **6 ciclos de quimioterapia con medicamento DOXORRUBICINA 143 MG.**, cuyo valor alcanza los **\$146.736** en Instituto Nacional del Cáncer (de acuerdo a cotización adjunta).

Asistida mantiene vigente RSH folio N° 43036397, ubicándose en tramo del 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.

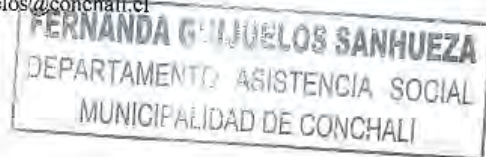
Es cuanto puedo informar, Atte.



**FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA**  
ASISTENTE SOCIAL

D.A.S.

228286534 / fguijuelos@conchali.cl



Nº Coordinación: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Tema: Solicitud 1) Financiamiento  
de Tratamiento

Fecha 27/9/12

DE: AS: Carmen Calbuquero J

A: Asistente Social  
Municipio de Guachali

NOMBRE DE USUARIO Claudia Ruiz Miranda

ANTECEDENTES DEL USUARIO Paciente de 38 años  
con diagnóstico de Sarcoma de partes blandas  
en tratamiento de Quimioterapia por 6 años  
con Dosis máxima cuyo costo es de \$ 146.736  
que no se encuentra en condiciones de  
pagar.

A fin de iniciar a la Sociedad  
Quimioterapia por la posibilidad de  
ayudas en su financiamiento

Atentamente  
Calbuquero

- 1) Realiz
- 2) Preseparati



F: 22-57 5-7135

Instituto Nacional del Cáncer  
Unidad de Dispensación de Drogas Oncológicas  
Fono: 25757208



### PRESUPUESTO

Nombre paciente:

CLAUDIA RUIZ MIRANDA

FECHA: 27-09-2018

N° de ficha:

[REDACTED]

Diagnóstico:

[REDACTED]

Médico tratante I. N. C.:

DR. MATAMALA

N°	NOMBRE FARMACO	DOSIS POR CICLO	PRECIO	PRESENTACION	N°	\$ TOTAL
1	DOXORRUBICINA	143 MG	8.152	50 MG	3	24456
2						0
3						0
4						0
5						0
6						0
7						0
8						0
9						0
					<b>VALOR TOTAL 1 CICLO</b>	<b>24.456</b>

VIGENCIA PRESUPUESTO: 15 DIAS

CICLOS

6



COSTO QUIMIOTERAPIA

146.736

COPAGO ASOCIADO A ATENCION MEDICA

SOLO SE ACEPTAN RESPALDOS ORIGINALES.

RUT: 61.608.404-6

RAZON SOCIAL: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER

Cotización x 6 ciclos = 121 días



RECETA QUIMIOTERAPIA Nº 83521

Nombre paciente: Claudia Ruiz Miranda Fecha: 27/9/18

Ficha N° [Redacted] RUT: [Redacted] Servicio: OT CLON Especificar Servicio Ambulatorio u Hospitalizado detalladamente

Diagnóstico: [Redacted] Saia: [Redacted]

CICLO: [Redacted] ETAPA: [Redacted] Receptor Estrógeno: ( ) Todos los campos son obligatorios  
ESQUEMA: Doxo SC: [Redacted]

Uso de Farmacia Código Cant. Unid.	Medicamentos	Dosis/ via adm	Unid.	Indicación
	Bleomicina		mg	
	Ciclofosfamida		mg	
	Cisplatino		mg	
	Dacarbazina		mg	
	Dexametasona	16	mg	iv
	Docetaxel		mg	
	Doxorrubicina	143	mg	iv
	Etopósido		mg	
	Filgrastim 30 UI		jer	
	Fluoracilo		mg	
	Gemcitabina		mg	
	Ifosfamida		mg	
	Irinotecan		mg	
	Leucovorina		mg	
	Mesna		mg	
	Metotrexato		mg	
	Navelbine		mg	
	Oxaliplatino		mg	
	Ondansetron	8	mg	iv
	Paclitaxel		mg	
	Prednisona		mg	
	Tropisetron		mg	
	Vinblastina		mg	
	Vincristina		mg	

Firma y timbre Médico  
Instituto Nacional del Cáncer

OT 22

Firma y timbre Médico Código Médico  
BECADOS INDICAR MEDICO TRATANTE



# CARTOLA HOGAR

## REGISTRO SOCIAL DE HOGARES

El Ministerio de Desarrollo Social, certifica que el/la sr/sra; **CLAUDIA CAROLINA RUIZ MIRANDA**, RUN N° 14124496-5, es parte del Registro Social de Hogares N° 43036397 y la información registrada se indica a continuación:

CARTOLA HOGAR - REGISTRO SOCIAL DE HOGARES - ESTA CARTOLA SE EMITE EN FORMA GRATUITA QUEDANDO PROHIBIDA SU COMERCIALIZACIÓN

**Información del domicilio del hogar**

**Calle:** [REDACTED] **Block:**      **Depto:**      **Casa:**

**Número:** [REDACTED]

**Pbi/Villa:**

**Comuna:** CONCHALI **Región:** METROPOLITANA DE SANTIAGO

Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

**Integrantes de hogar: 1 personas**

<b>RUN</b>	<b>Nombre</b>	<b>Parentesco con el jefe/a de hogar</b>
[REDACTED]	CLAUDIA CAROLINA RUIZ MIRANDA	1. Jefe(a) de hogar

Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

**Ingreso promedio mensual del hogar**

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

<b>Fuente de ingreso</b>	<b>Rango de Ingresos</b>	<b>Características integrantes del hogar</b>
Ingreso del trabajo	Menor que \$50.000	1. Menores de 18 años: 0
Ingreso de pensiones	Entre \$65.000 y \$115.000	2. De 60 años y más: 0
Ingreso de capital	Menor que \$60.000	3. Dependencia o discapacidad: 0
<b>Total de ingresos del hogar</b>	<b>Entre \$65.000 y \$115.000</b>	

**Su hogar está calificado entre el 0% y el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

Fuente del Dato: Registro Social de Hogares - 10/10/2018

**Datos complementarios que influyeron en la calificación del hogar**

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 22 de Septiembre de 2018 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Noviembre 2018.

Se le recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la sección Mi Registro de la página web [www.registrosocial.gob.cl](http://www.registrosocial.gob.cl) o dirigirse a su Municipalidad para solicitar su actualización.  
 Fecha de emisión: 10 de Octubre de 2018



Instituto Nacional del Cáncer  
Unidad de Dispensación de Drogas Oncológicas  
Fono: 225757208  
Correo: [bancodedrogasinc@incancer.cl](mailto:bancodedrogasinc@incancer.cl)



### PRESUPUESTO

Nombre paciente:

CLAUDIA RUIZ MIRANDA

FECHA 11-12-2018

Nº de ficha:

[REDACTED]

Diagnóstico:

[REDACTED]

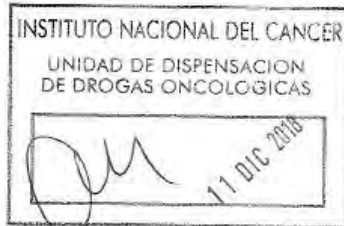
Médico I. N. C.:

DR. MATAMALA

Nº	FÁRMACO	DOSIS POR CICLO	PRECIO	Nº	\$ TOTAL
1	DOXORRUBICINA CLORHIDRATO FA 50 MG/25 ML SOLU	143	\$ 8.152	3	24.460
2			\$ -		0
3			\$ -		0
4			\$ -		0
5			\$ -		0
6			\$ -		0
7			\$ -		0
8			\$ -		0
9			\$ -		0

VALOR TOTAL 1 CICLO \$ 24.460

APORTE DE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI \$146.740.-



NÚMERO DE CICLOS 6

COSTO TOTAL CICLOS QUIMIOTERAPIA \$ 146.740

VIGENCIA PRESUPUESTO: 15 DIAS

COPAGO ASOCIADO A ATENCION MEDICA

SOLO SE ACEPTAN RESPALDOS ORIGINALES.

RAZON SOCIAL: INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER

RUT: 61.608.404-6





Cotización x 6 ciclos = 121 días



RECETA QUIMIOTERAPIA

Nº 83521

Nombre paciente: Claudia Ruiz Miranda

Fecha: 27-9-18

Ficha N° [Redacted]

RUT: [Redacted]

Servicio: OT UCOM Especificar Servicio Ambulatorio u Hospitalizado del/la paciente

Sala: [Redacted]

Diagnóstico: [Redacted] Todos los campos son obligatorios

CICLO: [Redacted] ETAPA: [Redacted] Receptor Estrógeno: ( )

ESQUEMA: Doxo SC: [Redacted]

Uso de Farmacia Código Cant. Unid	Medicamentos	Dosis/ via adm	Unid.	Indicación
	Bleomicina		mg	
	Ciclofosfamida		mg	
	Cisplatino		mg	
	Dacarbazina		mg	
	Dexametasona	16	mg	iv
	Docetaxel		mg	
	Doxorrubicina	143	mg	iv
	Etopósido		mg	
	Filgrastim 30 UI		jer	
	Fluoracilo		mg	
	Gemcitabina		mg	
	Ifosfamida		mg	
	Irinotecan		mg	
	Leucovorina		mg	
	Mesna		mg	
	Metotrexato		mg	
	Navelbine		mg	
	Oxaliplatino		mg	
	Ondansetron	8	mg	iv
	Paclitaxel		mg	
	Prednisona		mg	
	Tropisetron		mg	
	Vinblastina		mg	
	Vincristina		mg	

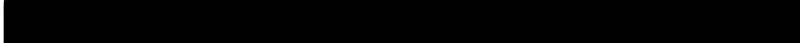
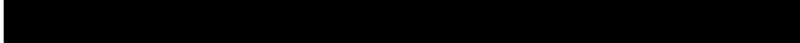

*[Handwritten Signature]*  
Firma y timbre Médico

OT 22

Código Médico

BECA DOS INDICAR MEDICO TRATANTE

## RECIBO

NOMBRE : Alejandro Chavez Castro  
DIRECCION :   
C.DE IDENTIDAD :   
BENEFICIO : 

✓ (PROGRAMA ASISTENCIAL)



FIRMA BENEFICIARIO



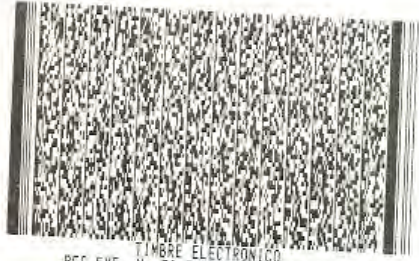
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

**SALCOBRAND**

SALCOBRAND S.A. R.U.T. 76.031.071-9  
AVDA. A. VESPUCCI 1737 HUECHURABA  
C.M. AV. LIB. BOG. OHIGGINS 877 SANTIAGO  
GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO  
VERSTON: V55.0 04.12.18 LD-NC  
D-00013129 : 1668 L. 114 C. 007  
FECHA EMISION : 12/12/2018 HORA : 15:57

NAT100 DIAB 9009	20	32.998
LEY DE REDONDEO		02
EFFECTIVO		40.000
CAMBIO		7.000
TOTAL		32.998

ATENDIDO POR : KARINA ANTIHIL



TIMBRE ELECTRONICO  
RES. EXE. No 73 DEL 31 DE MAYO DEL 2011

BOLETA ELECTRONICA Nro. 377088590 CAJA: 7  
Verifique documento en [www.salcobrand.cl](http://www.salcobrand.cl)



3903770885907

SALCOBRAND S

Local 117



Recibo de Receta Salcobrand

Prescripción  
12 Diciembre 2018.

Nat 100 diabeticos  
x 900 gms.

\$16.490.

Cod. 0279021

Salcobrand S.A.  
Localidad: Huechuraba

A  
S  
Receta 1127 L-1005  
Huechuraba  
Nº Local:

Nombre, Firma y Timbre QF

Este documento corresponde a un Recibo de Receta válidamente emitido por el médico tratante antes indicado, y puede utilizarse para acceder a beneficios, exclusivamente en farmacias Salcobrand S.A., las que son administradas por Pharma Benefits Chile Ltda.

Pharma Benefits

FonoPharma: 800 800 008

COTIZACION

Local: 468  
Emision: 12/12/2018

Vd: Benjamin Angulo  
Validez: 13/12/2018

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	NAT100 DIABET.VAINI.900G	16.090	16.090
TOTAL \$			16.090



0 0 4 6 8 0 6 0 1 7 3 9 8 6 1 2 1 2 1 8





4103  
COTIZACION

Local: 486  
Emission: 11/10/2018

Vd: INGRID CACERES CASTILLO  
Validez: 12/10/2018

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	NA100 DIABET.VAINI.900g	16.090	16.090
<b>TOTAL \$</b>			<b>16.090</b>



00486040178063111018

NAT \$ 50.000  
Cena verde

132/2018



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI  
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO  
Departamento Asistencia Social

CONCHALI, 12.10.2018

**INFORME SOCIAL**

La Asistente Social que suscribe informa a Ud., la situación socio-económica del Sr. **ALEJANDRO CHAVEZ CASTRO**, Cédula de Identidad N°6.084.101-2 domiciliado en Pasaje Dinamarca N°4152 de nuestra Comuna.  
Fono : 989341053-227363106

**GRUPO FAMILIAR:**

- Asistido : ALEJANDRO CHAVEZ CASTRO, fecha de nacimiento [REDACTED] 66 años de edad, estado civil casado separado de hecho, instrucción 4º Enseñanza Media, recibe pensión de AFP de \$165.888 mensuales.
- Hermana MARTA EDUVIGES CHAVEZ CASTRO, fecha de nacimiento 07.04.1956, 62 años de edad, estado civil soltera, instrucción 4º Enseñanza Media, pensionada recibe \$96.000 mensuales.

**SITUACIÓN ECONOMICA Y ACTUAL:**

[REDACTED]

**SITUACIÓN HABITACIONAL:**

[REDACTED]

**SITUACIÓN DE SALUD:**

[REDACTED]

En atención a la situación económica expuesta y a la necesidad manifiesta que presenta la familia por problema de salud descrito, es que la Asistente Social suscrita, solicita al Departamento Social del Municipio, la compra de 4 tarros de 900 gr de NAN 100 de acuerdo a cotización adjunta.

Es cuanto puedo informar.

  
MIRTHA HUARTE UBEDA  
Asistente Social



Santiago, 29 de Agosto 2018

### Informe Medico

Paciente Alejandro Chavez Castro Rut: [REDACTED] de 66 años de edad, domiciliado en Pasaje Dinamarca 4152, Conchalí y perteneciente al programa de atención domiciliaria a pacientes con dependencia severa con los diagnósticos de:

1. [REDACTED]
2. [REDACTED]

Paciente se encuentra compensado de sus patologías crónicas en buenas condiciones generales a quien se le sugiere suplemento alimenticio NAT 100 diabeticos.

Se emite el presente informe con el fin de justificar la intervención ante la municipalidad para solicitud de dicho suplemento alimenticio.


Dr. Eduardo Rojas Guerra  
Medico Cirujano  
RUT.: 26.014.753-6

Dr. Eduardo Rojas Guerra

Médico General del equipo de postrados

Cesfam Dr. José Symon Ojeda

NOMBRE PACIENTE: Alvarado Chavez

N° DE FICHA: Int: 

INDICACIONES: \_\_\_\_\_

Rp.

Nat 100  
Dietetico  
(Tarro 400 grs)

Favor Facilitar Compra de 1 Tarro  
mensual x 1 año.

Dr. Eduardo Rojas Guerra  
Medico Cirujano  
RUT.: 26.014.753-6



Nombre y timbre Medico

firma

Fecha 24/08/18

n° col. Med: \_\_\_\_\_



# Recibo de Receta Salcobrand

11/10/2015

NAT 100



900gr

₪ 16.499

**SALCOBRAND S.A.**  
RUT: 76.031.071 - 9  
L - 535 Puente 666 L-2  
SANTIAGO

Nº Local :

Nombre, Firma y Timbre OF

Este documento corresponde a un Recibo de Receta válidamente emitida por el médico tratante antes indicado, y puede utilizarse para acceder a beneficios, exclusivamente en farmacias Salcobrand S.A., las que son administradas por Pharma Benefits Chile Ltda.

Pharma Benefits

FonoPharma: 800 800 008



### RECIBO

NOMBRE : Lucas Muñoz Ramirez  
DIRECCION : [REDACTED]  
C.DE IDENTIDAD : [REDACTED]  
BENEFICIO : Compra Medicamentos por \$ 93.597,  
(PROGRAMA ASISTENCIAL)

[Signature]  
FIRMA BENEFICIARIO

[Signature]  
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



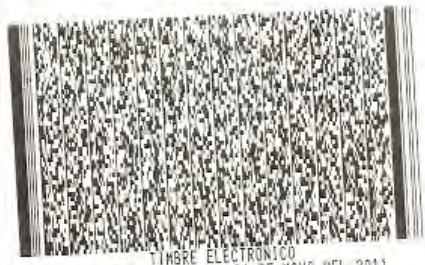
**SALCOBRAND**

SALCOBRAND S.A. R.U.T. 76.031.071-9  
AVDA. A VESPUCCIO 1737, HUACHURABA  
E.M. AV. LIB. BOO OHIGGINS 877 SANTIAGO  
GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO  
VERSION: V55.0 04 12 18 LD BC  
U:00013729 I:1667 L:114 C:007  
FECHA EMISION : 12/12/2018 HORA = 15:51

(R) NEXIUM 40mg C	10	40.799
(B) IDON 10mg CAP	10	11.599
(B) PERVIORAL 500	10	41.199

LEY DE REDONDEO 03  
EFECTIVO 100.000  
CAMBIO 6.400  
TOTAL 93.597

ATENDIDO POR : KARINA ANTIMIL



TIMBRE ELECTRONICO  
RES. EXE. No 73 DEL 31 DE MAYO DEL 2011  
BOLETA ELECTRONICA Nro. 377088575 CAJA: 7  
Verifique documento en [www.salcobrand.cl](http://www.salcobrand.cl)



3903770885754





MUNICIPALIDAD DE CONCHALI  
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO  
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 12 - Noviembre - 2018.

### INFORME SOCIAL

La Asistente Social suscrita informa la situación socio-económica del Señor **LUCAS MUÑOZ RAMIREZ, RU** con domicilio en pasaje [REDACTED]

#### GRUPO FAMILIAR:

**LUCAS MUÑOZ RAMIREZ;** Solicitante, fecha de nacimiento 30 - Noviembre - 1994, 23 años de edad, soltero, estudiante, cursa 4º año de educación media, se encuentra inscrito para rendir la Prueba de selección universitaria (PSU) es carga previsional del padre.

**JAIME EMILIO MUÑOZ TORO;** Padre, Jefe de Hogar, fecha de nacimiento 11 - Septiembre - 1973, 45 años de edad, casado, curso 4º año de Educación Media, trabaja en forma apatronada es chofer de camiones de transporte de carga, obtiene un sueldo promedio de \$345.000.- mensual, se encuentra afiliado a AFP Planvital y Fonasa.

**JEMA YOLANDA RAMIREZ PERALTA;** Madre, fecha de nacimiento 03 - Marzo - 1966, 52 años de edad, casada, cursó 4º año de educación media, realiza labores de casa, y cuida a su hijo Lucas, carece de previsión social.

#### SITUACION DE SALUD:

#### SITUACION HABITACIONAL:

El núcleo familiar vive en calidad de allegado en casa de abuela materna de Lucas, cuentan con un dormitorio independiente para ellos tres y comparten todas las dependencias de la casa con la propietaria del inmueble. La vivienda es de construcción sólida, de dos pisos, tipo autoconstrucción, cuenta con urbanización completa y los pagos por servicios básicos se encuentran al día.

La familia de Lucas siempre ha vivido en calidad de allegada en casa de los abuelos maternos o abuelos paternos en la comuna de Conchalí.

#### SITUACION ACTUAL Y ECONOMICA:

El grupo familiar del estudiante se encuentra conformado por él y sus padres.



**7.- PETICION:**

En consideración a los antecedentes expuesto la profesional informante solicita al Departamento de Asistencia Social posibilidad de comprar los medicamentos Nexium 40 mg AM, Domperidona (Idon) 10mg, Valaciclovir (Pervioral) 250mg y Nasonex para **LUCAS MUÑOZ RAMIREZ**, según receta y cotizaciones adjuntas, se solicita el beneficio con la finalidad de apoyar a la familia que Invierte un gran porcentaje de sus ingresos económicos en la compra mensual de los medicamentos.

Es cuanto se informa



**JUANA CISTERNAS OLIVARES**  
**ASISTENTE SOCIAL**

JCO/jco.



GOBIERNO DE CHILE



## C E R T I F I C A D O

El paciente **Lucas Muñoz Ramírez**, Rut [REDACTED] tiene antecedentes de

Requiere:

- Nexium 40 mg AM
- Nexium 20 mg PM.
- Domperidona (Idon) 10 mg cada 8 horas.
- Valaciclovir (pervioral) 250 mg cada 12 horas.
- Nasonex 2 puff cada 12 horas en cada fosa nasal.
- Sinus Rinse 3 aplicaciones al día.
- Amiocar 50 mg ½ comprimido cada 12 horas.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para ser presentado en el lugar que estime conveniente.

*Joel Melo*  
**DR JOEL MELO TAY**  
MEDICO TRASPLANTE  
RUT: 12776  
**CONSULTORIO EXTERNO**  
INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX

SANTIAGO, Agosto del 2018.

COTIZACION

Local: 486  
Fecha: 09/08/2018

Vd: BLANCA ZAPATA NATUS DE LA PARBA  
Validez: 10/06/2018

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
3	100M CAP 10MG 30 ✓	11.990	35.970
1	PERVIORAL COM 500MG 10 ✓	16.190	16.190
1	NEXIUM COMREC 40MG 28 ✓	40.740	40.740
1	NASONEX SUS NAS 50MCG280 ✓	26.990	26.690
	***DESCUENTO FCV		500
	<b>TOTAL \$</b>		<b>119.090</b>



00486050140140090818



COTIZACION

Local: 964  
Emision: 24/10/2018

vd: CAROLINA ARAVENA GAJARDO  
Validez: 25/10/2018

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	IDON CAP.10MG.30	11.990	11.990
1	AMICAP COMEC.50MG.30	18.590	18.590
1	PERVIDAL COM.500MG.42	41.190	41.190
1	SINU RINSE SOBR.50	17.490	17.490
1	NEXIUM COMEC.40MG.28	39.080	39.080
1	NEXIUM COMEC.20MG.28	24.790	24.790
1	NASONEX SUS.NAS.50MCG280	28.090	28.090
TOTAL \$			181.230



096404014207841018

LUCAS MUÑOZ RAMIREZ

NEXIUM 30 mg = \$25690

NEXIUM 40mg \$ 41990

IDON = \$ 14990 x 60

VALACICLOVIR \$ 43990

NASONEX \$ 28090

SINUS RINSE \$23170

\$ 140.120





Recibo de Receta Salcobrand

Cotización  
Valida por 5días  
16/08/18

SALCOBRAND S.A.  
RUT: 76.031.071-9  
Local 114 - Av. Américo Vespucio 17371-1005  
Huechuraba

- Producto
- Nexium 40 mg x 28 tabs. ✓  
cod: 2052193  
\$ 416.99 -
- Nexium 20 mg x 28 tabs. ✓  
cod: 2052188  
\$ 255.99
- I dom 10 mg x 30 CAP. ✓  
cod: 2971432.  
\$ 10.999 -
- Peritorol 500mg x 42 tabs. ✓  
\$ 39.999 -  
cod: 2577775

Nombre: Fina María Ojeda  
# 118 296

SALCOBRAND S.A.  
RUT: 76.031.071-9  
Av. Américo Vespucio 17371-1005  
Huechuraba 114.  
Daniela González  
FonoPharma: 800 800 088

Este documento constituye un recibo de receta válidamente emitido por el médico tratante antes de su uso y puede utilizarse para acreditar el consumo de medicamentos en farmacias Salcobrand S.A. los que son emitidos por FonoPharma S.A. en Chile.

Pharma Benefits

- Sirwa Punge x60 sachet  
cod: 3340109  
\$ 20899.

- Amiocap 50mg x30tbl  
cod: 2830506 -  
\$ 14324 OF / \$ 19099. REAL

SALCOBRAND S.A  
RUT: 76.031.071-9  
Local 114 - Av. América Vespucio 1737 L-1005  
Huechuraba

**EPICRISIS**

Fecha impresión : jueves, 27 de septiembre de 2018

**Datos Del Paciente**

<b>Rut Paciente</b>	[REDACTED]	<b>Fecha Nacimiento</b>	30 de noviembre de 1994
<b>Nombre</b>	LUCAS MUÑOZ RAMIREZ		
<b>Edad</b>	23 Años, 9 Meses		
<b>Sexo</b>	Masculino	<b>Número Ficha</b>	18862430
<b>Previsión Actual</b>	Beneficiario B (13/09/2018)		
<b>Convenio</b>	SIN CONVENIO		

**Datos del Médico**

<b>Nombre:</b>	MUÑOZ MORALES, ALEX ROBERTO
<b>Fecha registro epicrisis:</b>	02/02/2018 11:48

**Movimientos**

Servicio	Diagnóstico Ingreso	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Días Cama
INTERMEDIO INDIFERENCIADO 3 [5º Piso Sector Norte]	hiponatremia - Scl convulsivo	28/01/2018 12:33	29/01/2018 10:53	1
S. MÉDICO QUIRURGICO RESPIRATORIO [3 Piso Sector Norte]	tx bipulmonar	29/01/2018 10:53	02/02/2018 13:54	4

**Diagnósticos**

CIE-10	Descripción	Especialidad	Cargado En	Fecha
G93	Otros trastornos del encéfalo trasplante pulmonar	RESPIRATORIO	EPICRISIS	02/02/2018

**Canastas**

Nombre	Diagnóstico
Diagnostico no asociado a ninguna canest	trasplante pulmonar

Código	Glosa	Cantidad
No se Registran Cirugías		

**Factor De Gravedad**

<b>Insuficiencia Respiratoria</b> : No tiene IR
-------------------------------------------------

**ANTECEDENTES MORBIDOS**

DIABETICO
OTRO : FIBROSIS QUISTICATRASPLANTE BIPULMONAR 08-09-2014

**Datos del Alta**

<b>Alta transitoria:</b> NO
<b>Traslado A:</b> Domicilio -
<b>Medio Transporte:</b> Propio

**Relato de la Hospitalización**

Paciente de 23 años.  
 Con antecedentes de Fibrosis Quística, compromiso pulmonar y pancreático, con DM IR. Trasplante Bipulmonar bilateral el 2015.  
 Antecedentes de crisis convulsivas en la infancia asociado a cuadros febriles, además de epilepsia tratada con ácido valproico en este periodo de tiempo, fue dado de alta.  
 Alergia a Vancomicina y anfotericina.

El 28/01/18 en la madrugada es encontrado por su padre en posición tónica y luego movimientos clónicos de 1 minuto de duración, sin pérdida de control de esfínter ni se muerde la lengua (padre pone sus dedos en boca). Posteriormente despierta con nivel de conciencia disminuido. Ese día había trasnochado y comido un queque de marihuana. Se traslada a Servicio de Urgencia de HCUCH, destacando en examen neurológico desorientación TE, sin signos meníngeos ni de focalización. Tc de cerebro sin alteraciones ancefálicas. Evidencia sinusitis aguda sobre crónica pansinusial con contenido denso. Pudiese corresponder a infección micótica, quistes de retención, contenido hemático entre otros. Exámenes séricos destaca natremia de 123, se corrigió con solución hipertónica al 3%. Además destaca uricemia 10.8 y LDH 1699. PCR 5, Crea de 2 y BUN de 26.  
 Evaluado por neurología, les impresiona crisis TC generalizada que impresiona de carácter provocado. De persistir crisis a pesar de corrección de factores no convulsivantes considerar uso de fármacos anti-epilépticos. (Sinigra ácido valproico)

Durante su estadía en INT evoluciona en forma favorable.

En lo neurológico no presentó déficit focales ni nuevos eventos convulsivos, se mantuvo asintomático.

Dentro de los exámenes destaca hiponatremia con VEC normal, la cual fue persistente. Paciente tiene historia de consumo de agua libre de 2.5 lts al día además de otras bebidas ingeridas por comidas. Por esto se evaluó por nefrología (Dr. Hidalgo), quien indicó dieta rica en sal y restricción hídrica, logrando ascenso de natremia de 126 a 137 en 24 horas. Enfermedad renal crónica, última crea en 1.35. Rbdomiolisis, con CK T de 8599, se asoció a crisis convulsiva, habría estado en el suelo por al menos 10 minutos. Actualmente CK en descenso.

En lo respiratorio sin conflicto.

Se decide alta dada buena evolución.

Diagnósticos:



#### Indicaciones

- 1- Reposo relativo.
- 2- Restricción hídrica. Agua total de 1 litro al día (contando las el agua de las comidas).
- 3- Dieta rica en sal. (6 a 8 gramos día extra de sal).
- 4- Tacrolimus 5 mg c/12 horas vía oral.
- 5- Azetioiprina 50 mg día vía oral.
- 6- Prednisona 5 mg día vía oral.
- 7- Esomeprazol 40 mg en la mañana y 20 mg noche.
- 8- Carvedilol 6.25 mg c/12 horas vía oral.
- 9- Domperidona 10 mg c/8 horas vía oral.
- 10- Itraconazol 100 mg día vía oral.
- 11- Eical D 1 comprimido día vía oral.
- 12- Cobrimoxazol forte 1 comprimido vía oral lunes, miércoles y viernes.
- 13- Azitromicina 1/2 comprimido día vía oral.
- 14- Valaciclovir 500 mg día vía oral (250 mg c/12 horas).
- 15- Ursafalk 1 comprimido día vía oral.
- 16- Panzyrat 50000 U con comidas y 25000 U con colaciones.
- 17- ADEKs 1 comprimido día vía oral.
- 18- Insulina ultra rápida según esquema.

#### Citaciones

- Control en Policlínico de Nefrología del Hospital Salvador, con Dr. Hidalgo (Box 25) el jueves 08/02/18 en la mañana.
- Tomar exámenes séricos ELP y función renal el miércoles 07/02/18.
- Control en Policlínico de trasplante en marzo 2018 (tiene hora asignada).

Dr(a). ALEX HUÑOZ MORALES  
14.360.549-3

Dr. JUAN DEL TORAL

**EPICRISIS**

Fecha impresión : jueves, 27 de septiembre de 2018

**Datos Del Paciente**

<b>Rut Paciente</b>	[REDACTED]	<b>Fecha Nacimiento</b>	30 de noviembre de 1994
<b>Nombre</b>	LUCAS MUÑOZ RAMIREZ		
<b>Edad</b>	23 Años, 9 Meses		
<b>Sexo</b>	Masculino	<b>Número Ficha</b>	18862430
<b>Previsión Actual</b>	Beneficiario B (13/09/2018)		
<b>Convenio</b>	SIN CONVENIO		

**Datos del Médico**

<b>Nombre:</b>	MELO TANNER, JOEL
<b>Fecha registro epicrisis:</b>	10/05/2016 09:06

**Movimientos**

Servicio	Diagnóstico Ingreso	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Días Cama
S. MÉDICO QUIRURGICO RESPIRATORIO [3 Piso Sector Norte]	obs celulitis	02/05/2016 11:42	10/05/2016 12:17	8

**Diagnósticos**

CIE-10	Descripción	Especialidad	Cargado En	Fecha
J83	[REDACTED]			03/05/2016
J84	[REDACTED]			10/05/2016

**Canastas**

Nombre	Diagnóstico	
Trasplante Pulmonar	Otras enfermedades pulmonares	
<b>Código</b>	<b>Glosa</b>	<b>Cantidad</b>
No se Registran Cirugías		

**Factor De Gravedad**

Insuficiencia Respiratoria	
OTRO :	[REDACTED] - DIABETICO

**Datos del Alta**

<b>Alta transitoria:</b>	NO
<b>Traslado A:</b>	-
<b>Medio Transporte:</b>	

**Relato de la Hospitalización**

[REDACTED]

**Indicaciones**

TACROLIMUS 6-7  
 PREDNISONA 30 MG DIA POR 7 DIAS LUEGO BAJAR A 10 MG  
 AZATIOPRINA 25 MG DIA  
 ITRACONAZOL 100 MG DIA  
 VALACICLOVIR 250 CADA 12 HRS  
 CEPADROXILO 1 G CADA 12 HRS POR 7 DIAS  
 CTX FORTE LMV  
 URSOFALK 1 CADA 12 HRS  
 CARVEDILOL 6,25 MG DIA

**Citaciones**



HGAMA CONTROL I UNFS PROXIMO  
CONTROL CON ESPIRO RX TORAX Y EXAMENES GENERALES MARTES 24

---

Dr(a) JOEL MELO TANNER.  
[REDACTED]

**Certificado de Pagos de Cotizaciones Previsionales**

La empresa PreviRed.com, que suscribe, certifica:


Que, las cotizaciones previsionales del Sr.(a) JAIME EMILIO MUNOZ TORO, Rut: [REDACTED] por los períodos e instituciones de previsión que a continuación se indican, se encuentran pagadas por su empleador JO SPA, Rut: 76.840.366-k, mediante el sistema de pago electrónico a través del sitio Internet [www.previred.com](http://www.previred.com)

Institución de Previsión	Mes y año Remuneraciones	Tipo Pago	Remuneración Imponible	Monto Cotizado	Fecha de Pago	Nº Folio Planilla
PLANVITAL (SIS)	Marzo 2018	REM	\$345.000	\$4.865	12/04/2018	2004201803261792
PLANVITAL (COTIZACION OBLIGATORIA)	Marzo 2018	REM	\$345.000	\$35.915	12/04/2018	2004201803261792
PLANVITAL (AFC)	Marzo 2018	REM	\$345.000	\$10.350	12/04/2018	2004201803261792
FONASA (COTIZACION SALUD)	Marzo 2018	REM	\$345.000	\$24.150	12/04/2018	2017180300750326
ISL (EX - INP) (COTIZACION ACCIDENTE DEL TRABAJO)	Marzo 2018	REM	\$345.000	\$3.209	12/04/2018	0000000153783593
PLANVITAL (SIS)	Abril 2018	REM	\$345.000	\$4.865	11/05/2018	2004201804455439
PLANVITAL (COTIZACION OBLIGATORIA)	Abril 2018	REM	\$345.000	\$35.915	11/05/2018	2004201804455439
PLANVITAL (AFC)	Abril 2018	REM	\$345.000	\$10.350	11/05/2018	2004201804455439
FONASA (COTIZACION SALUD)	Abril 2018	REM	\$345.000	\$24.150	11/05/2018	2017180401186179
ISL (EX - INP) (COTIZACION ACCIDENTE DEL TRABAJO)	Abril 2018	REM	\$345.000	\$12.006	11/05/2018	0000000154856410
PLANVITAL (SIS)	Mayo 2018	REM	\$345.000	\$4.865	10/06/2018	2004201805366363
PLANVITAL (COTIZACION OBLIGATORIA)	Mayo 2018	REM	\$345.000	\$35.915	10/06/2018	2004201805366363
PLANVITAL (AFC)	Mayo 2018	REM	\$345.000	\$10.350	10/06/2018	2004201805366363
FONASA (COTIZACION SALUD)	Mayo 2018	REM	\$345.000	\$24.150	10/06/2018	2017180500957757
ISL (EX - INP) (COTIZACION ACCIDENTE DEL TRABAJO)	Mayo 2018	REM	\$345.000	\$12.006	10/06/2018	0000000155544296
PLANVITAL (SIS)	Junio 2018	REM	\$345.000	\$4.865	12/07/2018	2004201806439986
PLANVITAL (COTIZACION OBLIGATORIA)	Junio 2018	REM	\$345.000	\$35.915	12/07/2018	2004201806439986
PLANVITAL (AFC)	Junio 2018	REM	\$345.000	\$10.350	12/07/2018	2004201806439986
FONASA (COTIZACION SALUD)	Junio 2018	REM	\$345.000	\$24.150	12/07/2018	2017180601124961
ISL (EX - INP) (COTIZACION ACCIDENTE DEL TRABAJO)	Junio 2018	REM	\$345.000	\$12.006	12/07/2018	0000000156463169

Típos de Pago: Remuneraciones(REM); Gratificaciones(GRA); Retroactivos(RET); Bonos Ley(LEY)

Que, el detalle de pagos\*, informado por el citado empleador a las diferentes instituciones de previsión, se encuentran en el portal de internet de PreviRed.com y, conforme se establece en dictamen N° 3673/181, de 4 de octubre de 2001, de la Dirección del Trabajo, tal información reemplaza a las respectivas planillas de declaración y pago simultáneo de cotizaciones previsionales que se deben mantener en los lugares en que se prestan los servicios.

Se extiende el presente certificado a solicitud del empleador.

  
Esteban Segura R.  
Gerente General

<b>Certificado Electrónico</b>
12/09/2018 21:05:44
<b>PreviRed.com</b>

\* Pago conforme a Circular 1.888 de 05.03.2001 de la Superintendencia de Seguridad Social y letra B, Título VIII, Libro II del Compendio de Normas de la Superintendencia de Pensiones.

**Certificado de Pagos de Cotizaciones Previsionales**

La empresa PreviRed.com, que suscribe, certifica:


Que, las cotizaciones previsionales del Sr.(a) JAIME EMILIO MUNOZ TORO, Rut: 8.401.856-2, por los periodos e instituciones de previsión que a continuación se indican, se encuentran pagadas por su empleador JO SPA, Rut: 76.840.366-k, mediante el sistema de pago electrónico a través del sitio Internet [www.previred.com](http://www.previred.com)

Institución de Previsión	Mes y año Remuneraciones	Tipo Pago	Remuneración Imponible	Monto Cotizado	Fecha de Pago	Nº Folio Planilla
PLANVITAL (SIS)	Julio 2018	REM	\$345.000	\$5.279	10/08/2018	2004201807398664
PLANVITAL (COTIZACION OBLIGATORIA)	Julio 2018	REM	\$345.000	\$35.915	10/08/2018	2004201807398664
PLANVITAL (AFC)	Julio 2018	REM	\$345.000	\$10.350	10/08/2018	2004201807398664
FONASA (COTIZACION SALUD)	Julio 2018	REM	\$345.000	\$24.150	10/08/2018	2017180701041920
ISL (EX - INP) (COTIZACION ACCIDENTE DEL TRABAJO)	Julio 2018	REM	\$345.000	\$12.006	10/08/2018	0000000157210073
PLANVITAL (SIS)	Agosto 2018	REM	\$345.000	\$5.279	09/09/2018	2004201808327167
PLANVITAL (COTIZACION OBLIGATORIA)	Agosto 2018	REM	\$345.000	\$38.502	09/09/2018	2004201808327167
PLANVITAL (AFC)	Agosto 2018	REM	\$345.000	\$10.350	09/09/2018	2004201808327167
FONASA (COTIZACION SALUD)	Agosto 2018	REM	\$345.000	\$24.150	09/09/2018	2017180800885134
ISL (EX - INP) (COTIZACION ACCIDENTE DEL TRABAJO)	Agosto 2018	REM	\$345.000	\$12.006	09/09/2018	0000000157946998

Tipos de Pago: Remuneraciones(REM); Gratificaciones(GRA); Retroactivos(RET); Bonos Ley(LEY)

Que, el detalle de pagos\*, informado por el citado empleador a las diferentes instituciones de previsión, se encuentran en el portal de internet de PreviRed.com y, conforme se establece en dictamen N° 3673/181, de 4 de octubre de 2001, de la Dirección del Trabajo, tal información reemplaza a las respectivas planillas de declaración y pago simultáneo de cotizaciones previsionales que se deben mantener en los lugares en que se prestan los servicios.

Se extiende el presente certificado a solicitud del empleador.

  
Esteban Segura R.  
Gerente General

Certificado Electrónico
12/09/2018 21:05:44
PreviRed.com

\* Pago conforme a Circular 1.888 de 08.03.2001 de la Superintendencia de Seguridad Social y letra B, Título VIII, Libro II del Compendio de Normas de la Superintendencia de Pensiones.