

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO 0-2.012 **GLOSA** PINTO LLANTEN CARLA ANDREA
FECHA 07/07/2025 **4º F.RENDIR JUNIO/25 ASISTENCIA SOCIAL - D.PAGO 1394/25-C.I.5375444 Y 5**

Lin CTA	DENOMINACIÓN	SubProg	C.COSTO	DEBE	HABER	OBLIG.	RUT	DOC.	FECHA
1 54101	Transferencias Corrientes al Sector Privado		000000	1.027.130	0				
2 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	0	274.360	18-54		D-1394	16/06/2025
3 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	0	399.180	18-54		D-1394	16/06/2025
4 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	0	353.590	18-54		D-1394	16/06/2025
5 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	274.360	0			D-1394	
6 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	399.180	0			D-1394	
7 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	353.590	0			D-1394	
8 1140382	Carla Pinto LLanten		000000	0	1.027.130			D-1394	16/06/2025
TOTALES				2.054.260	2.054.260				

EMITIDA POR
JACQUELINE ZENTENO ARAVENA
Renta Municipales
Dept. Contabilidad y Presupuesto





CONCHALÍ
RENACE JUNTO A TI
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
Dirección Desarrollo Comunitario
Departamento Asistencia Social

MEMO N° 21 /2025

ANT; Rendición mes de junio 2025. Decreto
pago N° 1394 fecha 16/06/2025

Conchalí; 01 JUL 2025

A : PATRICIO SAAVEDRA MUÑOZ
DIRECTOR RENTAS MUNICIPALES

DE : CARLA PINTO LLANTEN
JEFA DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Junto con saludar muy cordialmente, remito a Ud. Rendición correspondiente al mes de junio 2025 a nombre de Carla Pinto Llantén Run [REDACTED] correspondiente a la adquisición de bienes y/o servicios para vecinos de la comuna con vulnerabilidad socioeconómica, por un monto total de \$ 1.031.775, correspondientes a los cheques N° 9049987, 9049988, 9049389 y 9049890 de los cuales se realizó un reintegro de \$ 4.640. Se adjunta comprobante de reintegro Folio N° 725949 y documentación respaldo (informes sociales, boletas, facturas y recibos con firmas de beneficiarios). Por lo anterior se solicita nuevo fondo a rendir a nombre de Carla Pinto Llantén.

Sin otro particular, se despide muy cordialmente de Ud.


CARLA PINTO LLANTEN
JEFA DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CPLL/yaa

Distribución:

- Administración y finanzas DAS

848851

CONTABILIZACION POR FOLIO UNICO

Folio	Cta	Denominacion	Fecha	Debe	Haber
5383687	1140382	Carla Pinto LLanten	07/07/2025		10
	1110101154	Daniela Orellana Uribe	07/07/2025	10	
		TOTAL FOLIO: 5383687		10	10
		TOTAL GENERAL		10	10

CONTABILIZACION POR FOLIO UNICO

Folio	Cta	Denominacion	Fecha	Debe	Haber
5375444	1140382	Carla Pinto LLanten	30/06/2025		4.640
	1110101062	Valentina Pintrimilla Soto	30/06/2025	4.640	
		TOTAL FOLIO: 5375444		4.640	4.640
		TOTAL GENERAL		4.640	4.640



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

D E C R E T O D E P A G O

MUNICIPALIDAD

DECRETO N° 1394

IDDOC

847192

CONCHALI, lunes 16 junio 2025

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

LA SUMA DE \$:1.031.775

Y SON: UN MILLON TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/L

POR LO SIGUIENTE:

4° FONDO A RENDIR JUNIO/25 ASISTENCIA SOCIAL - DE.N°223 26/02/18 - DE.N°411 03/04/19
DE.N°218 19/02/25 - RINDE POR MEMO N°19 04/06/25 DIDEKO - RENDICION CONTABILIZADA
EN MOVIMIENTO 0-1730 - CERTIFICADO N°67 16/06/25 CONTABILIDAD - OBLIGACION 18-54
IMPUTACION 2212002012 SON 15 UTM X \$68.785 = \$1.031.775

CONTABILICESE COMO SE INDICA

CUENTA	DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
1140382	Carla Pinto LLanten	1.031.775			M-19
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9049987
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9049988
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9049989
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		131.775		C-9049990

TOTALES : 1.031.775 1.031.775

ALCALDE

DIRECCION DE RENTAS MUNICIPALES

SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECCION DE CONTROL(S)

ADMINISTRACION MUNICIPAL

CUENTA CORRIENTE

CHEQUE N°

NOMBRE

EGRESO N°

FECHA DE PAGO

R.U.T.

VºBº TESORERO

RECIBI CONFORME

RENDICION MES DE JUNIO

DECRETO DE PAGO N° 1397 DE FECHA 16/06/2025

OTROS SERVICIOS PROFESIONALES CUENTA 24.01.007.015						
NOMBRE	RUT	DOMICILIO	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
CARMENCITA ORELLANA GONZALEZ				INTEGRAMEDICA	1138445 934920209	148.810
MARISOL MORALES YANEZ				INTEGRAMEDICA	934929363	14.780
BERTA OROZCO HURTADO				HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE	1680671	190.000
				TOTAL		353.590
OTROS GASTOS CUENTA 24.01.007.009						
NOMBRE	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO			
MAXIMO SCHNEIDER GONZALEZ	ISTEC INNOVA SERVICE TECNOLOGIA SPA	195895	159.990			
MARIO MORAGA ABARCA	CORPORACION DE OSTOMIZADOS DE CHILE	32601	119.290			
MANUEL SALGADO SALGADO	CORPORACION DE OSTOMIZADOS DE CHILE	32600	119.900			
	TOTAL		399.180			

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS 24.01.007.004	CUENTA					
NOMBRE	RUT	DOMICILIO	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
DAVID ZAMORANO AQUEVÉQUE	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FARMACIA EL SALVADOR	13628	165.400
GLORIA SOTO VARGAS	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FARMACIA SALCOBRAND	654093667 654093737	108.960
	TOTAL				274.360	
	TOTAL GASTOS				1.027.130	



RENDICION DE CUENTA
GASTOS MENORES

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

FECHA:

VALOR UTM PERIODO DE RENDICION:

IDENTIFICACIÓN FUNCIONARIO A CARGO DEL FONDO

NOMBRE	CARLA PINTO LLANTEN
RUT	[REDACTED]
DIRECCION	DIDEKO
DEPARTAMENTO O UNIDAD	DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
AUTORIZADO POR DECRETO EXENTO Nº	515 DE FECHA 05/05/2025
MONTO GIRADO \$	1.031.775
DECRETO DE PAGO Nº	1394 DE FECHA 16/06/2025
EGRESO Nº	30-1330
CHEQUE Nº	9049987-9049988-9049389-9049890
FECHA DE RENDICION	01/07/2025
JEFE DIRECTO DEL FUNCIONARIO	DIRECTORA ANDREA CISTERNA ABARCA

Sección A: Características Generales

Nº	FECHA	Nº BOLETA O FACTURA	DETALLE DE ADQUISICION	MONTO DE COMPRA
01	23/06/2025	1138445	TAC DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE	148.810
	23/06/2025	934920209		
02	23/06/2025	934929363	ANTIGENO HELICOBACTER PILORY EN DEPOSICIONES	14.780
03	24/06/2025	1680671	APORTE DE 190.000 PARA PANENDOSCOPIA EDA + TEST UREASA + BP SYDNEY Y COLONOSCOPIA SCREENING CCR.	190.000
04	23/06/2025	195895	1 BOMBA DE ASPIRACION DE SECRECIONES	159.990
05	27/06/2025	32601	10 BOLSAS COLOSTOMIA, 9 PLACAS DE COLOSTOMIA, 1 PASTA STOMAHESIVE, 1 SPRAY PROTECTOR ESENTA.	119.290
06	27/06/2025	32600	22 BOLSAS DE UROSTOMIA	119.900
07	24/06/2025	13628	3 CAJAS DE CALCIO + VITAMINAS, 6 CAJAS DE BATAHISTINA Y 1 CAJA DE CITRATO DE MAGNESIO	165.400
08	24/06/2025	654093667	6 CAJAS DE NORMIX	108.960
	24/06/2025	654093737		
SUMA TOTAL \$				1.027.130
REINTEGRO \$				4.640

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

Sección B: JUSTIFICACION DEL GASTO REALIZADO

Nº	JUSTIFICACION	Firma de recepción del bien y/o servicio por el Jefe o Acompañamiento de registro Fotográfico.
01	[REDACTED]	
02	[REDACTED]	
03	[REDACTED]	
04	[REDACTED]	
05	[REDACTED]	
06	[REDACTED]	
07	[REDACTED]	
08	[REDACTED]	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES

 JEFE DEPTO. ASIST. SOCIAL ★ Firma y Timbre Responsable del Fondo	 Carmen Ruiz DIRECTOR Firma y Timbre Director.
--	--

MARCIA CUEVAS VIVIANS
 Dirección de Rentas Municipales
 Dpto. Contabilidad y Presupuesto

**Firma y Timbre
Analista
Dpto. Contabilidad y Presupuesto.**

JACQUELINE ZENY
Rentas Municipales
Contabilidad y Presupuesto
**Firma y Timbre
Dpto. Contabilidad y Presupuesto.**

/yaa.

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
RUT: 69.070.200-2
INDEPENDENCIA N°3499
228 286 100
CONCHALÍ - SANTIAGO

FOLIO N°

782181

INGRESO N°

5383687

PINTO LLANTEN CARLA ANDREA

NOMBRE

GASTOS MENORES ADM. MUNICIPAL

TRIBUTO O MULTA POR INFRACIÓN

TELÉFONO

R.O.L.

VIGENCIA

07/07/2025
FECHA EMISIÓN

CONCEPTO

REINTEGRO CALCULO ERRONEO SEGUN DECRETO DE PAGO
N°1394 DEL 16/06/2025

DIRECCION DE ADM. Y

FECHA

IMPUESTOS Y/O DERECHOS

VALORES \$

Carla Pinto LLanten

10



07/07/2025

No Luminosa: 0
Luminosa: 0
Otup:

SUB TOTAL

10

I.P.C.

0

INTERES

0

TOTAL \$

10

LIQUIDA duribe

mcuevas

CONTRIBUYENTE

 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
RUT: 99.070.200-3
INDEPENDENCIA N°3498
228 288 100
CONCHALÍ - SANTIAGO

FOLIO N° 725949
INGRESO N° 5375444

PINTO LLANTEN CARLA ANDREA

NOMBRE

GASTOS MENORES ADM. MUNICIPAL

TRIBUTO O MULTA POR INFRACCIÓN

TELÉFONO

R.O.L.

VIGENCIA

30/06/2025

FECHA EMISIÓN

CONCEPTO

reintegro segun decreto de pago n°1394 / 16/06/2025

DIRECCION DE ADM. OY

30/06/2025

IMPUESTOS Y/O DERECHOS

VALORES \$

Carla Pinto LLanten

4.640

30/06/2025

No Luminosa: 0

SUB TOTAL

4.640

Luminosa: 0

I.P.C.

0

Otros: 0

INTERES

0

TOTAL \$

4.640

LIQUIDA: vpintrim

ccevarru

CONTRIBUYENTE

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO



(PROGRAMA ASISTENCIAL)

\$148.810-


FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

INTEGRAMEDICA S.A.

76.098.454-K

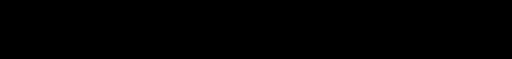
GIRO: CENTROS MEDICOS PRIVADOS (ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION AMBULATORIA)

**CASA MATRIZ: AVDA. LIBERTADOR BERNARDO OHIGGINS
654, SANTIAGO, SANTIAGO**

SUCURSAL: PROFESOR ZAÑARTU 1121, INDEPENDENCIA

BOLETA ELECTRONICA N° 1138445

FECHA DE EMISION: 23-06-2025 HORA DE EMISION: 09:47:18



EPISODIO: 118767721

CODIGO	DESCRIPCION CANTIDAD X PRECIO	VALOR
01	IMAGENES 1 x 38.938	38.938
SUBTOTAL AFECTO	\$	32.721
IVA	\$	6.217
TOTAL	\$	38.938



Timbre Electrónico SII
Res. 80 del 2014- Verifique Documento: www.integramedica.cl

CAJERO: RPIRELA

IND

CENTRO MEDICO:

**INTEGRAMEDICA S.
INDEPENDENCIA
RUT: 76.098.454-K**

Código	Fecha	Hora	Descripción	Unidad	Cant.	Valor Unit.	Valor Ex.	Valor Afecto	Valor IVA	Valor Final	R
--------	-------	------	-------------	--------	-------	-------------	-----------	--------------	-----------	-------------	---

RED - Integramedica S.A.

Medicamentos

40000086	23.06.2025	10:30	OPTIRAY 320 X 50 ML	INDSCAN	1	Sub Total 38.938	0	32.721	6.217	38.938	38.938
----------	------------	-------	---------------------	---------	---	---------------------	---	--------	-------	--------	--------

Resumen Documento

RED - Integramedica S.A.	TOTAL	32.721	6.217	38.938
--------------------------	-------	--------	-------	--------

TOTAL	32.721	6.217	38.938
-------	--------	-------	--------

INTEGRAMEDICA S.A.
 INDEPENDENCIA
 RUT: 76.038.454-K



Revisa tus exámenes y atenciones en MI Portal
[Bupa.portalpaciente.bupa.cl](http://bupa.portalpaciente.bupa.cl) O en la sección
 resultados de exámenes en nuestra página web

Convenio: 19874 - Integramedica Independencia

Fecha Emisión: 2025-06-23

Hora: 09:46:50

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0076098454-K INTEGRAMEDICA S.A.

INCLUIDO EN
RUT: 76.098.454-K

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0403020 1 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS	\$159.810	\$49.940	\$0	\$109.870
TOTALES	\$159.810	\$49.940	\$0	\$109.870

A Pagar: \$ 109870**Detalles otras bonificaciones*****MEDIOS DE PAGO****

Emisor: 0025906495-3 | Derivado por: 0017700492-8 Sofia Gonzalez Coulon

Firmado electrónica por ORELLANA GONZALEZ CARMENCITA MARISOL | Auditoria BONO-N6L6-KPPA-S33T



DATOS PACIENTE

Código	Fecha	Hora	Descripción	Unidad	Cant.	Valor Unit	Valor Ex.	Valor Afecto	Valor IVA	Valor Final	R
RED - Integramedica S.A.											
Imagenología											
403020	23.06.2025	10:30	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA INDSCAN		1	Sub Total 159.810	159.810 159.810	159.810 159.810	0 0	159.810 159.810	
Resumen Documento											
RED - Integramedica S.A.						TOTAL	159.810		0	159.810	
						TOTAL	159.810		0	159.810	

INTEGRAMEDICA S.
INDEPENDENCIA
RUT: 76.098.454-K



Revisa tus exámenes y atenciones en MI Portal
Bupa portalpaciente.bupa.cl O en la sección
resultados de exámenes en nuestra página web.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 7 de abril de 2025

INFORME SOCIAL

Felipe Zapata Burgos, Trabajador Social, tiene a bien informar la situación

I.-INDIVIDUALIZACIÓN:

[REDACTED]

II. IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR

[REDACTED]

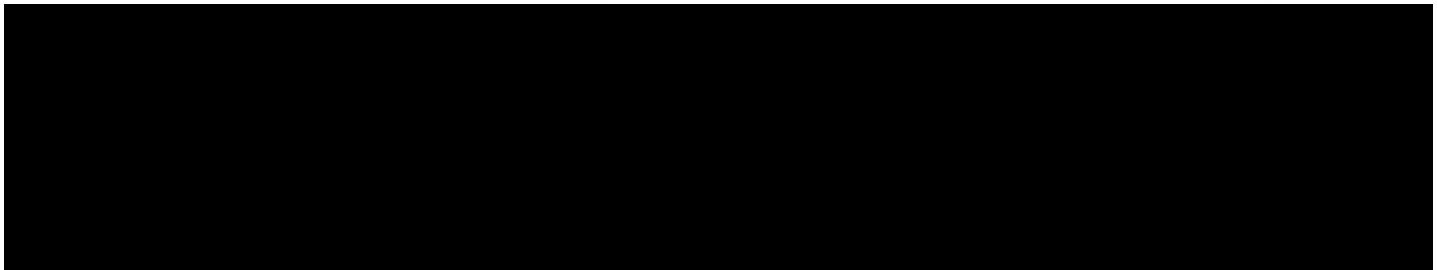
III. SITUACION HABITACIONAL

[REDACTED]

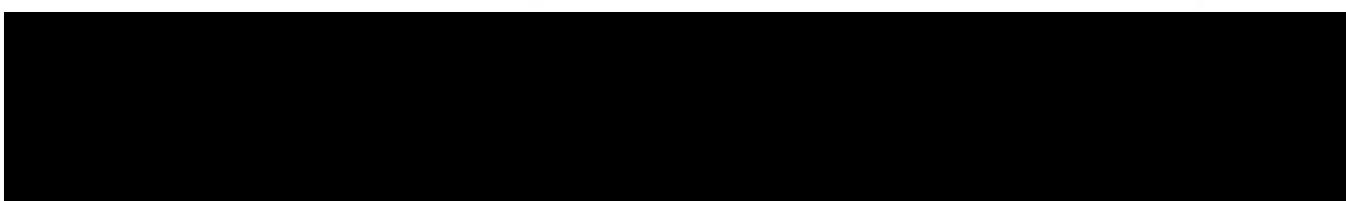
IV. SITUACION DE SALUD

[REDACTED]

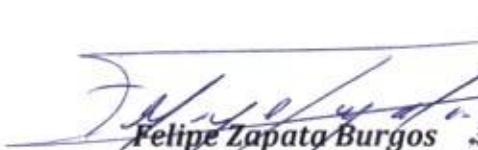
V. SITUACION ACTUAL Y ECONOMICA



VI. OPINION PROFESIONAL



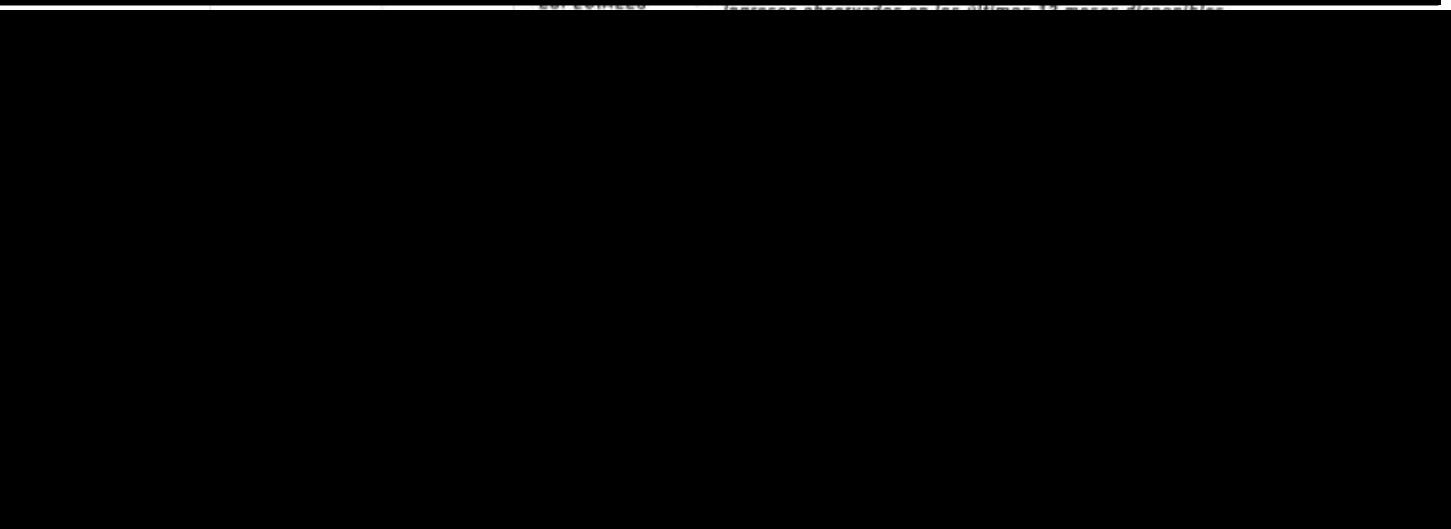
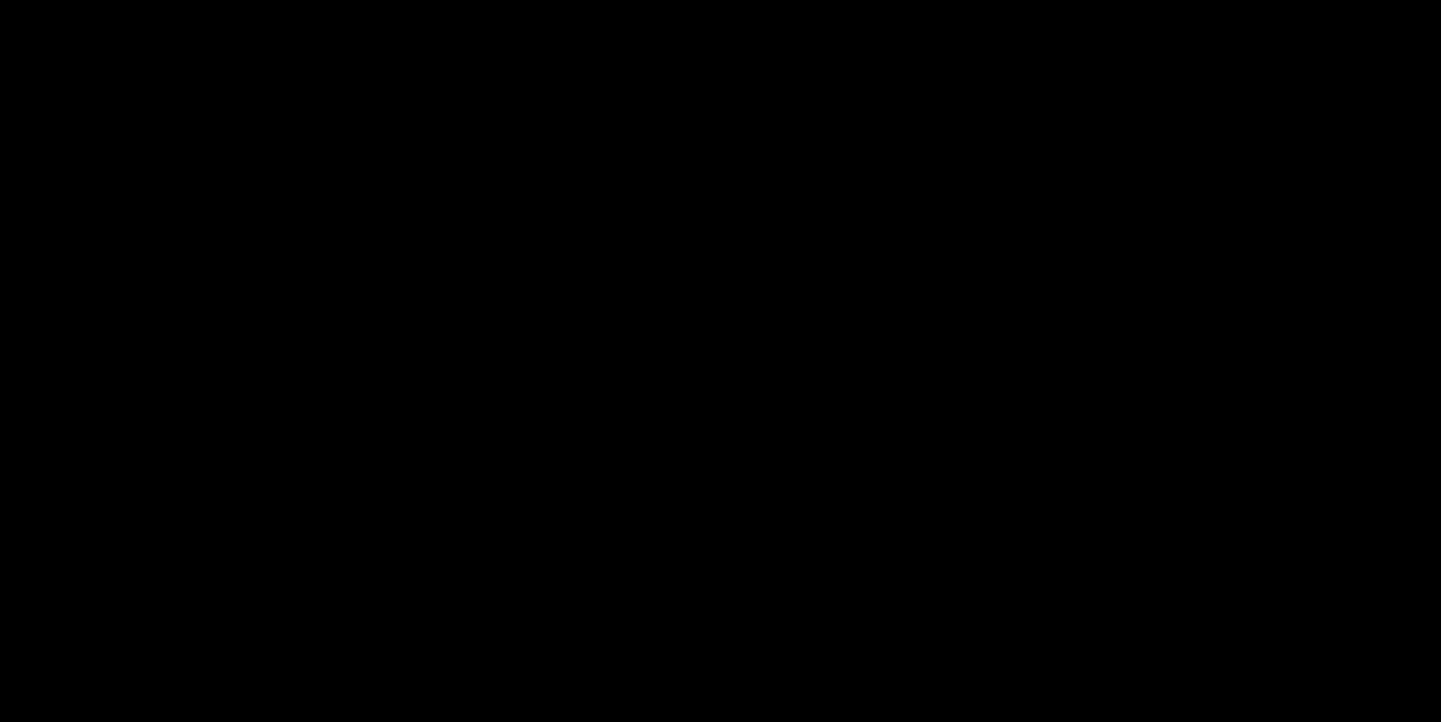
Sin otro particular, se despide cordialmente



Felipe Zapata Burgos
Trabajador Social
Municipalidad de Conchalí







Información reportada por los integrantes del hogar.

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de Red de Protección Social, acercarte a tu municipio o escanear el código QR.
www.reddeproteccion.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registrosocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

Dra. Sofía González Coulon
Médico Cirujano PUC - Internista UCH
R.U.T.: 17.700.492-9
R.C.M.: 43702-6
Gral Holley 2381, torre B, oficina 1501



Gonzalina

DÍA MES AÑO
05 01 25

Dra. Sofía González Coulon
RUT 17.700.492-9
Médico Internista
ICM 43702-6

Firma Médico

Nº de Presupuesto : 1138161
Fecha Presupuesto : 14/03/2025

PRESUPUESTO AMBULATORIO

+45.000 insumos aprox.





Laboratorios Médicos
SANTIAGO CENTRO

Fecha	31-03-2025
Oficina	INDEPENDENCIA

Institucion
Paciente
Edad
C.I / Pasaporte

Comentarios	* En caso de que la ayuda social sea por fonasa se debe enviar cheque a nombre de "DIAZ NOVOA Y CIA LTDA" para que los bonos sean emitidos de forma inmediata
Cotizacion realizada por	REVISADO POR
Autorizada Jefa	LUCIA LARENAS

22-632-8705 * 22-632-8707 * 22639-2276
Whatsapp : +569-4020-3584

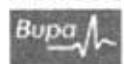
www.laboratorios medicos.cl

info@laboratoriosmedicos.cl

info@laboratoriosmedicos.cl

DÍAZ NOVOA C.I.A. LTDA.
RUT: 78.260.410-4

PARTE DE



IntegraMédica

PRESUPUESTO



IntegraMédica Independencia
76.098.454-K



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE: Felipe Zapata Burgos

FIRMA:

TIMBRE:



EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	305856 EXAMEN	(ESL)	1	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Felipe Zapata Burgos

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

23 06 25

RECIBO

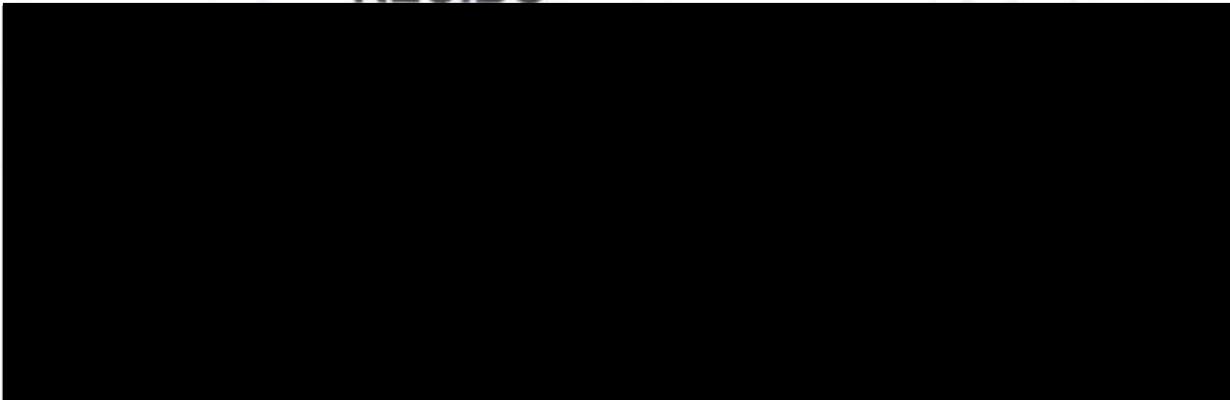
NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

(PROGRAMA ASISTENCIAL)



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

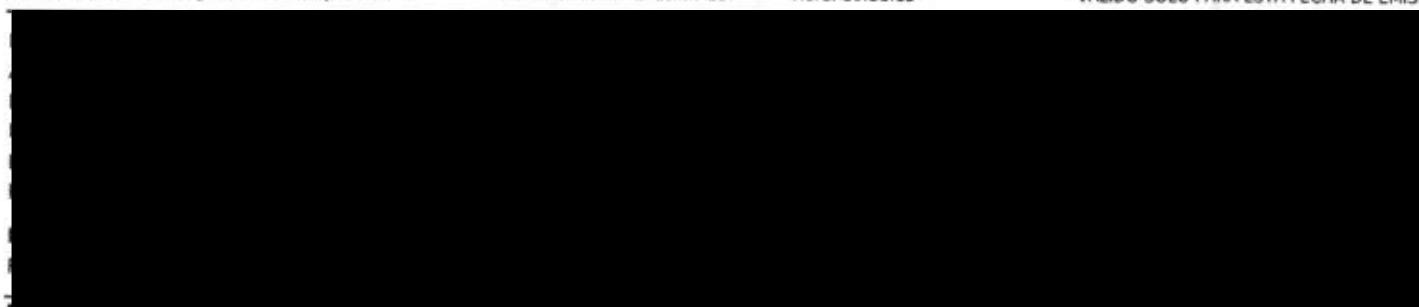
934929363

Convenio: 19874 - Integramedica Independencia

Fecha Emisión: 2025-06-23

Hora: 10:11:13

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN



PRESTACIÓN

	Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0308063	\$29.560	\$14.780	\$0	\$14.780
Totales	\$29.560	\$14.780	\$0	\$14.780

A Pagar: \$ 14780

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0018755994-4 | Derivado por: 0096986050-3 dr

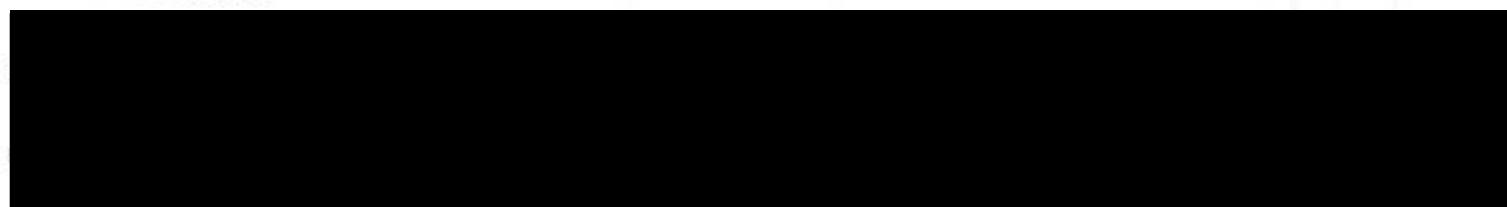
Firmado electrónica por MORALES YANEZ MARISOL DEL CARMEN | Auditoría BONO-N2L6-KR4D-F7MQ

INTEGRAMEDICA S.A.
EXAMENES DE LABORATORIO
CANCELADO
RUT: 96986050-3

Código	Fecha	Hora	Descripción	Unidad	Cant.	Valor Unit	Valor Ex.	Valor Afecto	Valor IVA	Valor Final	R
--------	-------	------	-------------	--------	-------	------------	-----------	--------------	-----------	-------------	---

USA - Exame. de Laboratorio S.A

Exámenes de Laboratorio



TOTAL 29.560 0 29.560

INTEGRAMEDICA S.A.
EXAMENES DE LABORATORIO
CANCELADO
RUT: 96986050-3



Revisa tus exámenes y atención en MI Portal
[Bupa portalpaciente.bupa.cl](http://portalpaciente.bupa.cl) O en la sección
resultados de exámenes en nuestra página web.



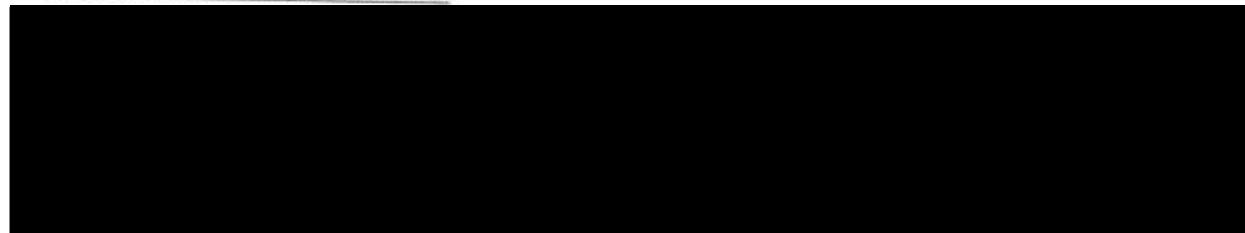
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 17 de abril 2025

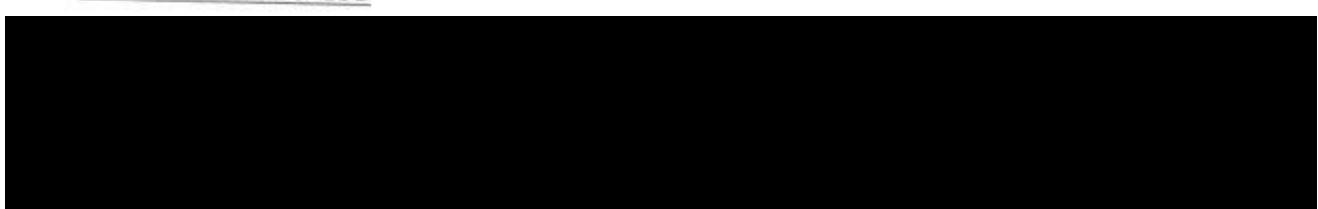
INFORME SOCIAL



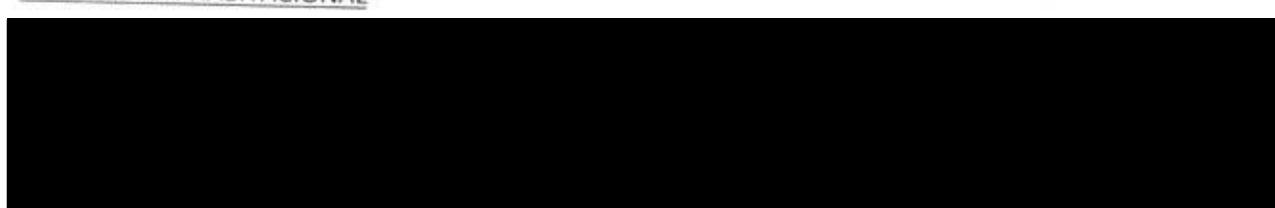
2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA



3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL

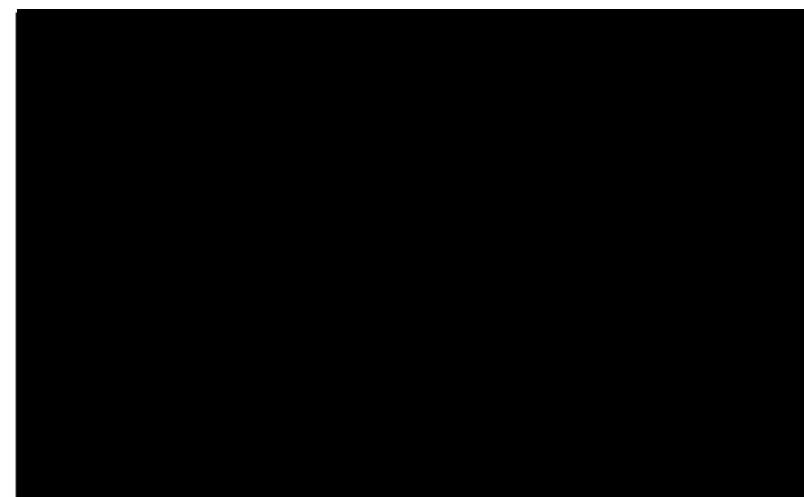




Denisse Rosas

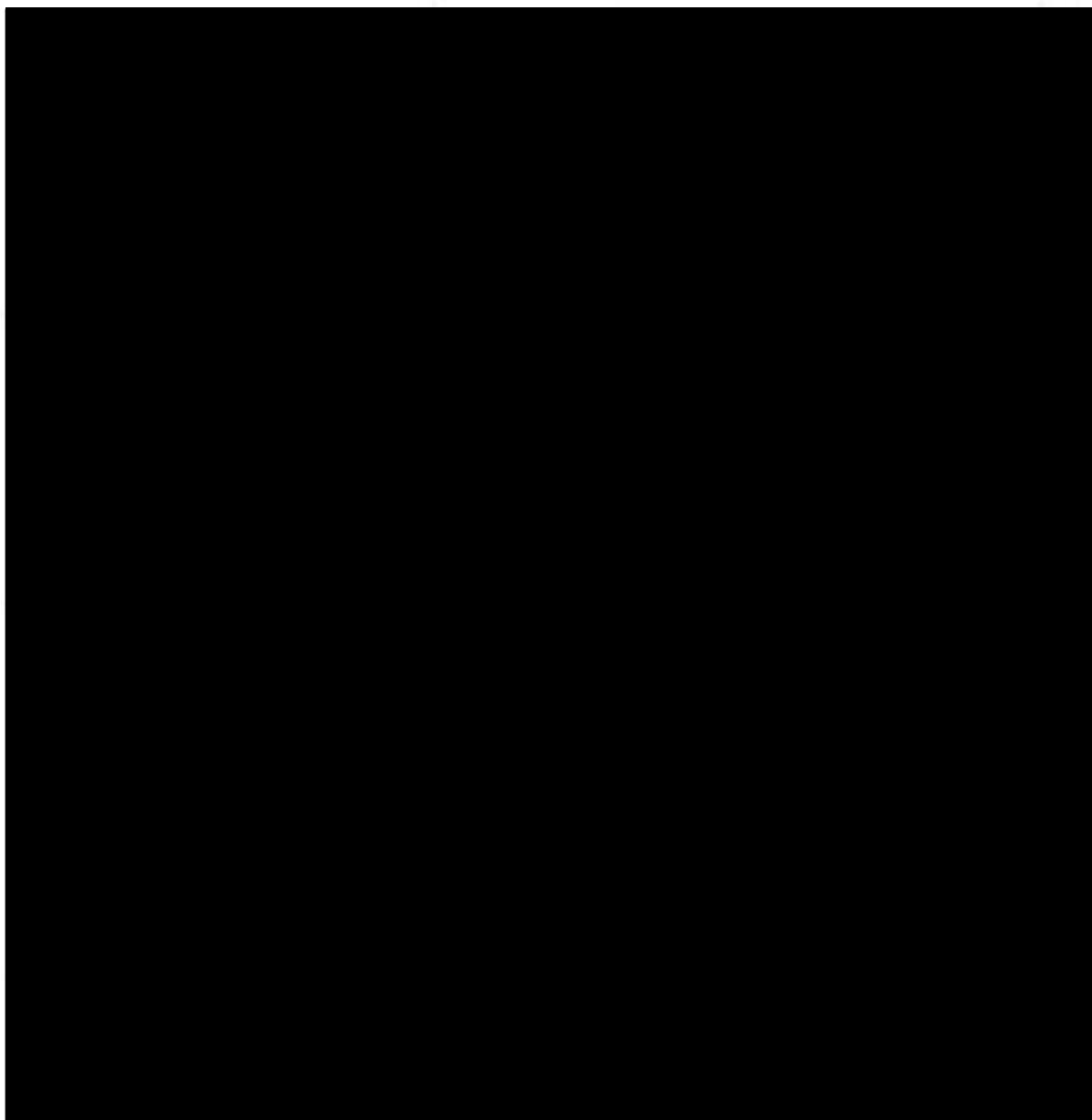
PATRÓN DE CONCHAS
DEPTO.
ASIST. SOCIAL
DENISSE ROSAS PIEL
ASISTENTE SOCIAL *

RTA



Santiago, 19 de Febrero, 2025

COTIZACION



Integramedica
Sucursal Norte

INTEGRAMEDICA S.A.
Servicio al Cliente
Sucursal Norte
RUT: 76.098.454-K

Nº de Presupuesto : 1134893
Fecha Presupuesto : 18/02/2025

PRESUPUESTO AMBULATORIO

GERALDINE MARTINEZ ARANGUIZ
NOMBRE FUNCIONARIO



Nº de Presupuesto : 1134901
Fecha Presupuesto : 18-02-2025

PRESUPUESTO AMBULATORIO

Este Presupuesto no incluye IVA.

DILIA SEGOVIA CABELLO
NOMBRE FUNCIONARIO

Cartola Hogar

Número de Folio: #43351224
Última actualización de información: 08/04/2025
Fecha de consulta: 17/04/2025



1 0 0 0

¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 1 persona

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de Red de Protección Social, acercarte a tu municipio o escanear el código QR.
www.reddeproteccion.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registrosocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

Dra. Natalia D'Agostino Pereda

Médico Cirujano

RUT: 19.323.739-8

El Cortijo 2895, Conchalí



D'AGOSTINO 19.323.739-8

FIRMA MÉDICO

PRESUPUESTO

Nombre del paciente:

Rut:

Previsión:

Examen:

Código:

Valor:



COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

2010/2013

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
Numero	Servicio	(D	1	0		
306249	INFORME SOCIAL					

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Denisse Rosas Piel

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE: DENISSE ROSAS PIEL

FIRMA: Denisse Rosas ?

TIMBRE:



EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

24 06 25

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

UNIVERSIDAD DE CHILE



CORPORACIÓN EDUCACIONAL
 HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA
 VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES
 SERVICIOS PROFESIONALES
 CÓDIGO SUCURSAL SII: 85950500
 DR CARLOS LORCA T 999, Independencia
 INDEPENDENCIA -

R.U.T.: 60.910.000-1

BOLETA NO AFECTA O EXENTA
 ELECTRONICA

Nº 1680671

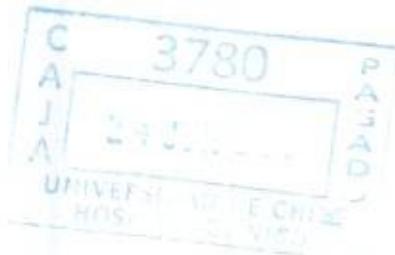
S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 24/06/2025
 SEÑOR(ES) : BERTA GEORGI OROZCO HURTADO
 DIRECCIÓN : PSJE SUR PONIENTE 4048
 COMUNA : CONCHALI CIUDAD : SANTIAGO

R.U.T. : 5.162.312-6

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$
1.00	Pago Sistema Cajas Prestaciones no bonificadas, según detalle en comprobante de ingreso Nº 2025060049312	371.445	371.445



Monto Exento \$ 371.445
 TOTAL \$ 371.445

Centro Atención : HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

RUT HOSPITAL 60910000-1

Usted debe presentarse media Hora Antes de la Citación

Fecha Impresión 24/06/2025

Fecha de Pago 24/06/2025

Hora de Pago 12:21

NAF :

COMPROBANTE DE RECAUDACION INTER 2025060049312

0005000010212

Centro Atención : HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

RUT HOSPITAL 60910000-1

Usted debe presentarse media Hora Antes de la Citación

Fecha Impresión 24/06/2025

Fecha de Pago 24/06/2025

Hora de Pago 12:21

NAF :

COMPROBANTE DE RECAUDACION INTER

2025060049312





MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 26 de febrero de 2025

INFORME SOCIAL

[REDACTED]

2.- GRUPO FAMILIAR

[REDACTED]

3.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

[REDACTED]

3.- SITUACIÓN DE SALUD

[REDACTED]

4.-SITUACIÓN HABITACIONAL

[REDACTED]

5.-OPINIÓN PROFESIONAL

[REDACTED]



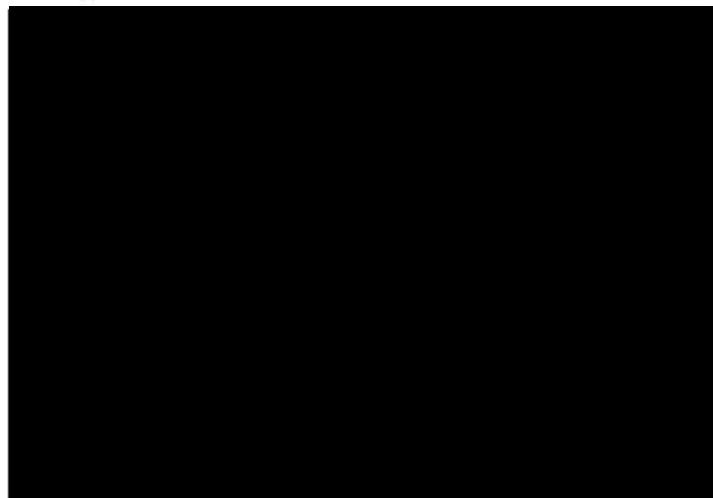
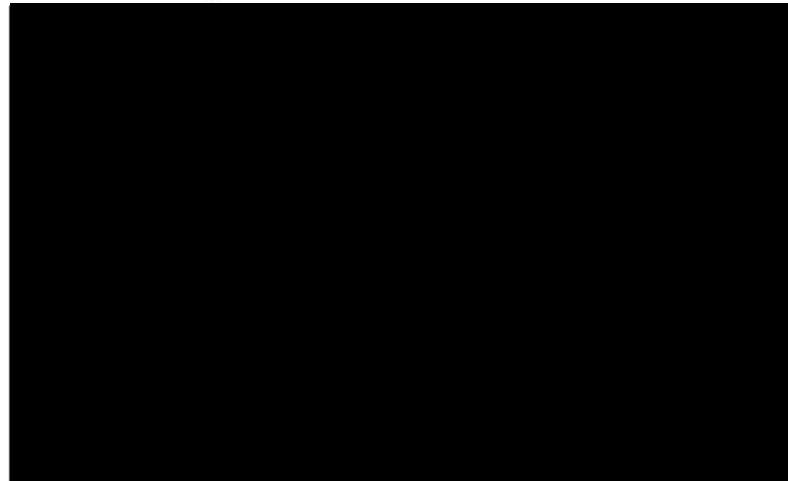
Fernanda Guijuelos /

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

ASISTENTE SOCIAL

D.A.S.

228286534 / fguijuelos@conchali.cl





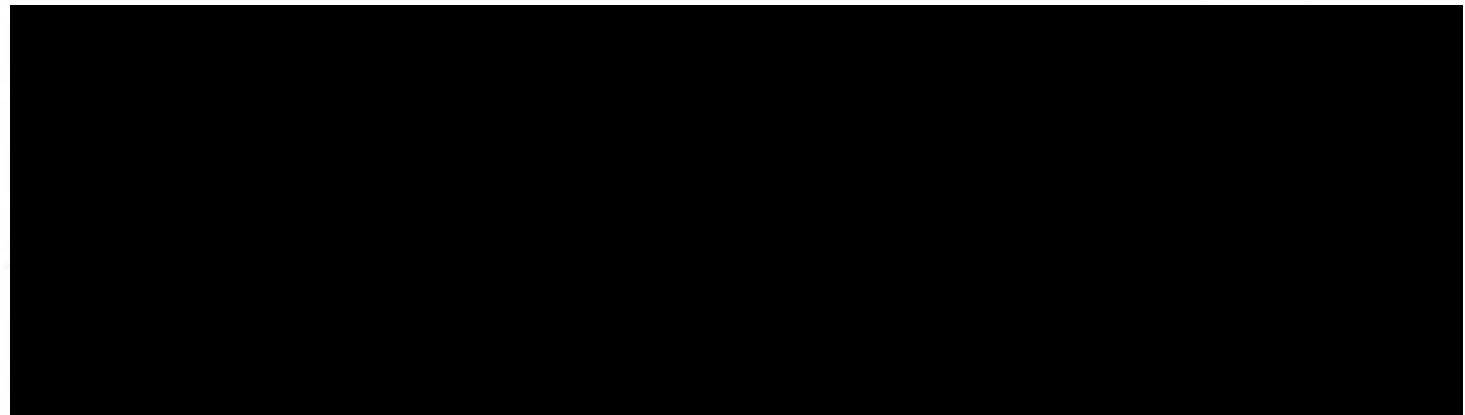
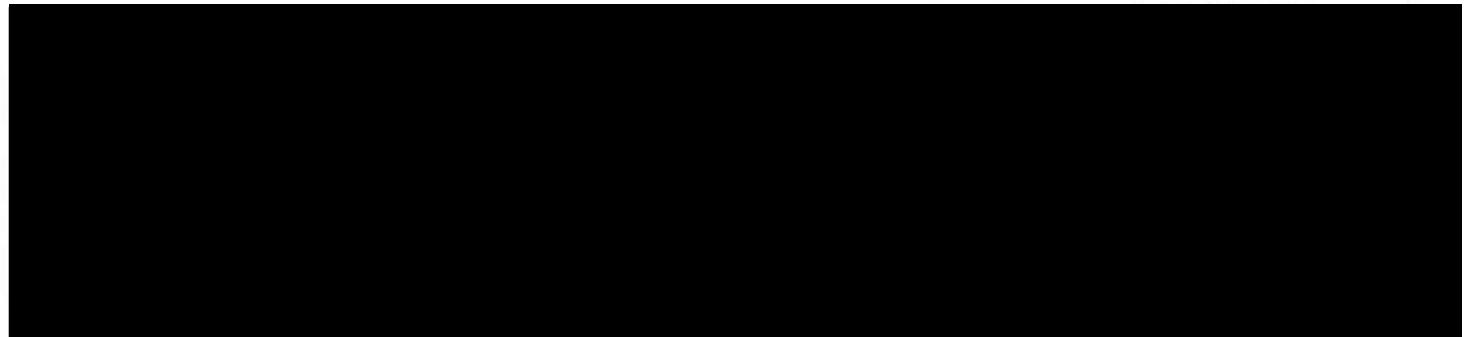
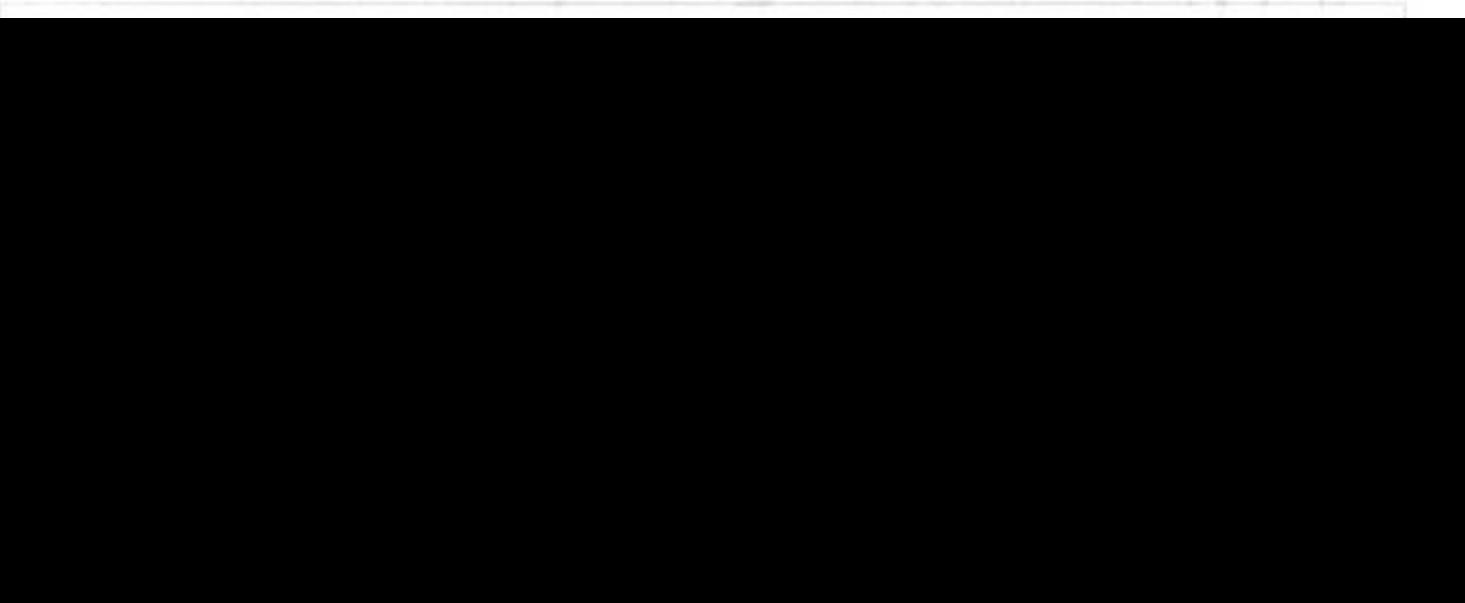
Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #43410144

Fecha Confirmación Ciudadano: 09/07/2015

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 11 de FEBRERO de 2025 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 Marzo 2025



Se 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 página web www.registrosocial.gob.cl o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

RECETA AMBULATORIA

Nombre Médico: AGUSTIN ANTONIO ORTIZ VIDAL

Rut Médico: 18407087-1

Nº C. Médico:

CLINICA INDIÑA
CLINICA INDISA

Fecha : 21-02-2025
Hora : 15:42
Pagina : 1

Gen001cg

INFORME DE PRESUPUESTO

Paciente OROZCO HURTADO BERTA
R.U.T. 5.162.312-6
Previsión FONASA
Tipo Paciente : Ambulatorio

Telefono :

Presupuesto Válido por 60 Días a contar de 21-02-2025 hasta 22-04-2025

Codigo	Prestación	Cantidad	Habil(\$)	Inhabil(\$)

EMITIR BONO A NOMBRE DE : SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LTDA. RUT : 96631140-1

Total Presupuesto : 7 374.160 ~~-561.244-~~

Presupuesto válido para Sucursal: CLINICA INDISA

Presupuesto emitido por : PEREZ DE LA PUENTE ANGELICA



ANTECEDENTES PARA CONFECCIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DE SALUD



Nº
FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

ASEGURADO

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN INSTITUCIONAL

PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL N° _____

RUT AFILIADO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
-			
ESTADO PREVISIONAL	GRUPO INGRESO		TELÉFONO
<input type="checkbox"/> 1. DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 2. INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> 3. PENSIONADO			
CALLE	Nº	POBLACIÓN / VILLA	COMUNA
			CIUDAD

10. The following table summarizes the results of the study. The first column lists the variables, the second column lists the estimated coefficients, and the third column lists the standard errors.

PROFESIONAL TRATANTE

RUT PROFESIONAL	GRUPO / NIVEL	NOMBRE
-		
DIAGNÓSTICO	Nº HISTORIA CLÍNICA	FIRMA PROFESIONAL TRATANTE

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

RECARGO	<input checked="" type="checkbox"/>	NIVEL 1ER CIRUJANO	
	<input type="checkbox"/>	NIVEL ANESTESISTA	
PRESTACIÓN	% COBRO	% PAB.	% ANEST.
1801001	100%	10%	
1801006	100%	10%	
ITEM	DESCRIPCIÓN	R.U.T.	ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA
1	1ER CIRUJANO	96631-140-1	<input type="checkbox"/> 1. MEDICINA
2	ANEST. (MISMO 1ER CIR.)	-	<input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA
3	ANEST. OTRO PROFESJ.	-	<input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA
4	2DO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA
5	3ER CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLÓGICO
6	4TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA
7	5TO CIRUJANO	-	<input type="checkbox"/> 7. OTROS
8	PABELLÓN	96631-140-1	

OTRAS PRESTACIONES

NÚMERO	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	CANT.	U.D.P.	PRESTACIÓN	RUT PRESTADOR
					96-631-140 -1
					96-631-140 1-
					96-631-140 1-
					-
					-
					-
					-
					-

DIFFERENCIAS AUTORIZADAS

DIFERENCIA POR DIAS CAMA	\$
DEFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN	\$ 142.000 - B
DEFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS	\$ 100.000 Bpv
DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$ Boleck
TOTAL	\$

HONORARIOS PARTICULARES

HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
EQUIPO MÉDICO	\$
ARSENALERA	\$
ANESTESISTA	\$
MATRONA	\$
PEDIATRA	\$
TOTAL	\$

EL INDUMENTO

USO EXCLUSIVO MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MÉDICO AUDITOR
-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Presupuesto AMBULATORIO

Dávila *

NHABIL (\$)
83.380
8.338
61.540
10.050
163.308
114.391
79.573
74.061

TOTAL PARCIAL:	3	268.025	268.025
TOTAL EXÁMENES:	7	431.333	431.333

TOTAL PRESUPUESTO: **7**

431.333

431.333

Presupuesto emitido por: LESLIE NICOLLS

Presupuesto válido por 30 días hasta: 26/03/2025

Indicaciones para el examen 18-01-001-00 GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA)

SI ERES FONASA: RECUERDA QUE AL REALIZAR EL EXAMEN DESPUES DE LAS 13:40HRS.PUEDES OBTENER UN 20% DE DCTO EN LOS INSUMOS.

PARA PRESUPUESTO E INDICACIONES PACIENTE DEBE ASISTIR AL PISO 1 EDIFICIO A, SECTOR B ANTES DE REALIZARCE EL EXAMEN O SOLICITARLO AL CORREO PRESUPUESTO.AMBULATORIO@DAVILA.CL
DEBE ESTAR CON REGIMEN LIVIANO EL DIA ANTERIOR AL EXAMEN,
VENIR CON 8 A 10 HORAS DE AYUNO, SI TENE INDICADO TEST URESAS Y TOMA OMEPAZOL DEBE SUSPENDERLO 8 DIAS ANTES DEL EXAMEN
EN CASO DE TOMAR ASPIRINAS O ANTICOAGULANTE , CONSULTAR CON SU MEDICO TRATANTE ,YA DEBE SUSPENDER 5 DIAS PREVIOS AL EXAMEN ESTE MEDICAMENTO
EN CASO DE TOMAR MEDICAMENTOS PARA PRESION, PODRA TOMARLO 2 HORAS ANTES DEL EXAMEN, CON 30CC APROXIMADO DE AGUA.
PRESENTARSE AL EXAMEN 1 HORAS ANTES.
RECUERDE PEDIR TODAS LAS INDICACIONES EN EL AREA DE PRESUPUESTO CON LA ORDEN MEDICA



Nº de Presupuesto : 960005

Centro emisión CENTRO MEDICO MARCOLETA

PRESUPUESTO AMBULATORIO

Centro atención: CENTRO MEDICO MARCOLETA

Fecha emisión: 21.02.2025
Fecha Vigencia 08.03.2025

[REDACTED]	

RUT: 76754097-3

Valor	Valor
Unitario	Total

270.780 270.780

TOTAL POR TIPO DE PRESTACION 270.780

RUT: 76754097-3

Valor	Valor
Unitario	Total

83.380 83.380

ESTACION 83.380

RUT: 99573490-7

Valor	Valor
Unitario	Total

28.372 28.372

ESTACION 28.372

382.532

360000Q



Nº de Presupuesto : 960004

Centro emisión CENTRO MEDICO MARCOLETA

PRESUPUESTO AMBULATORIO

Centro atención: CENTRO MEDICO MARCOLETA

Fecha emisión: 21.02.2025
Fecha Vigencia 08.03.2025

Nombre Paciente	-- PRESUPUESTO	Rut	2-7
Teléfono/Celular	226767000	Correo	notiene@notiene.cl
Previsión	FONASA	Rut Médico	
Tipo Contrato	FONASA	Nombre Médico	
Servicio	PROCEDIMIENTOS		

Detalle de Presupuesto

RUT: 99573490-7	
Valor	Valor
Unitario	Total
0	0
33.970	33.970
23.390	23.390
ESTACION	57.360

Valor
Total
163.231
10.050
173.281

Valor
Total
61.540
61.540

Valor
Total
28.372

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	303813	EXAMEN	(ESL)	1	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Estrella Quinteros



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE: *Denisse Margot Rojas Pel*
FIRMA: *Denisse Rojas*

TIMBRE:



EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

26 06 25

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

~~FIRMA BENEFICIARIO~~

JEFE
DEPTO.
ASIST. SOCIAL

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO *



RUT: 77926760-1

Boleta Electrónica

Nº: 195895

Santiago (Méjico)

23/06/2025 11:18:44

(RTE NS241200692 2025-06-23 11:18:44)

RUT: 77926760-1

Santiago (Méjico)

23/06/2025 11:18:44

Servicio por Comisión Aérea de Méjico

803

Bomba de aspiración \$ 159.990
portable con batería 7E-G -
Yuwell
1,00 Unidades x \$ 159.990 / Unidades

■ 1 Año de garantía por defectos
de fábrica. 6 Meses de garantía por
defectos de fábrica. (ACCESORIOS):

NS 5241200692

TOTAL \$ 159.990

Efectivo Santa Mónica \$ 159.990

CAMBIO \$ 0

Impuestos	Importe	Base	Total
19%	29.545	154.445	\$ 159.990



Título Electrónico 3D
Número: 195895
Av. Hidalgo 100, Col. Centro
Ciudad de México, C.P. 11100

Pólizas por valor de \$ 0.00

Derecha a la devolución en tienda
online dentro de 10 días desde su
recibimiento del producto sellado y
embalaje original.

No confundamos con garantía de satisfacción.
Para más información visite nuestra página
web sobre garantía.

Código de seguimiento: 195895

Otro: 5241200692

marcia.cuevas@conchali.cl

De: Yohana Arevalo <yarevalo@conchali.cl>
Enviado el: miércoles, 9 de julio de 2025 10:28
Para: marcia.cuevas@conchali.cl
CC: 'Carla Pinto'
Asunto: RE: rendición de fondos

Estimada,

Junto con saludar y esperando se encuentre bien, me permito informar que la empresa **ISTEC INNOVA SERVICE TECNOLOGÍA SPA** emite sus boletas impresas de esa manera. Hemos realizado en varias ocasiones compras con dicha empresa, y en todas ellas las boletas han sido emitidas en ese formato.

Saludos,



Yohana Arévalo Alarcón

Unidad de Subsidios Monetarios y Pensiones
Departamento de Asistencia Social
Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDEKO)
Ilustre Municipalidad de Conchali
Directo: 228 286 552 Central: 228 286 100
yarevalo@conchali.cl
www.conchali.cl



Cuidemos el medio ambiente entre todos. Por favor no imprima este e-mail si no es realmente necesario.

De: marcia.cuevas@conchali.cl [mailto:<mailto:marcia.cuevas@conchali.cl>]

Enviado el: miércoles, 09 de julio de 2025 10:14

Para: yarevalo@conchali.cl

Asunto: rendición de fondos

Hola, como estás, te estuve llamando al anexo, pero parece que están malos.

Tengo un problema con la rendición de Carla Pinto, la boleta del numeral 4 de Máximo González es una copia y debe ser la original.

Por favor aclarar este punto para poder adjuntarlo a rendición, gracias



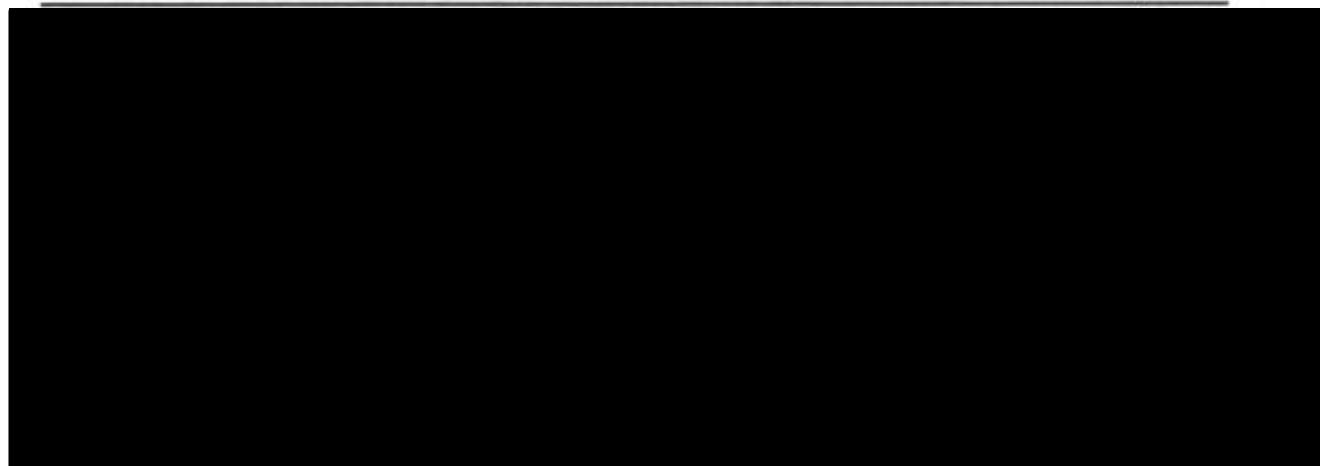
Marcia Cuevas Vivians
Departamento de Contabilidad y Presupuesto
Dirección de Rentas Municipales
22 828 63 30
Avda. Dorsal #1904



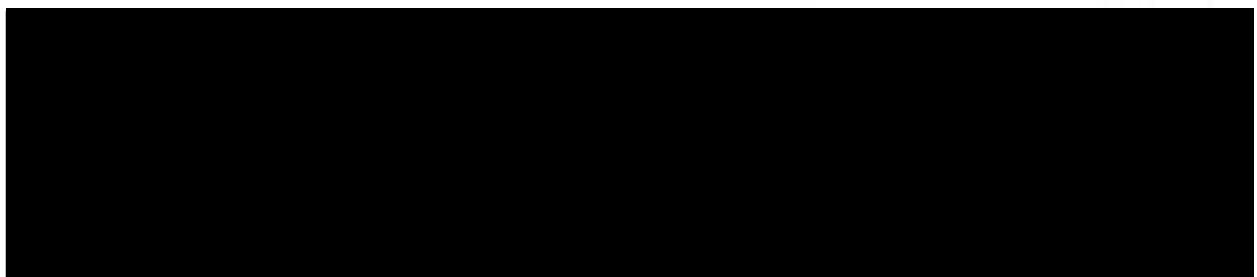
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 03 de Abril 2025

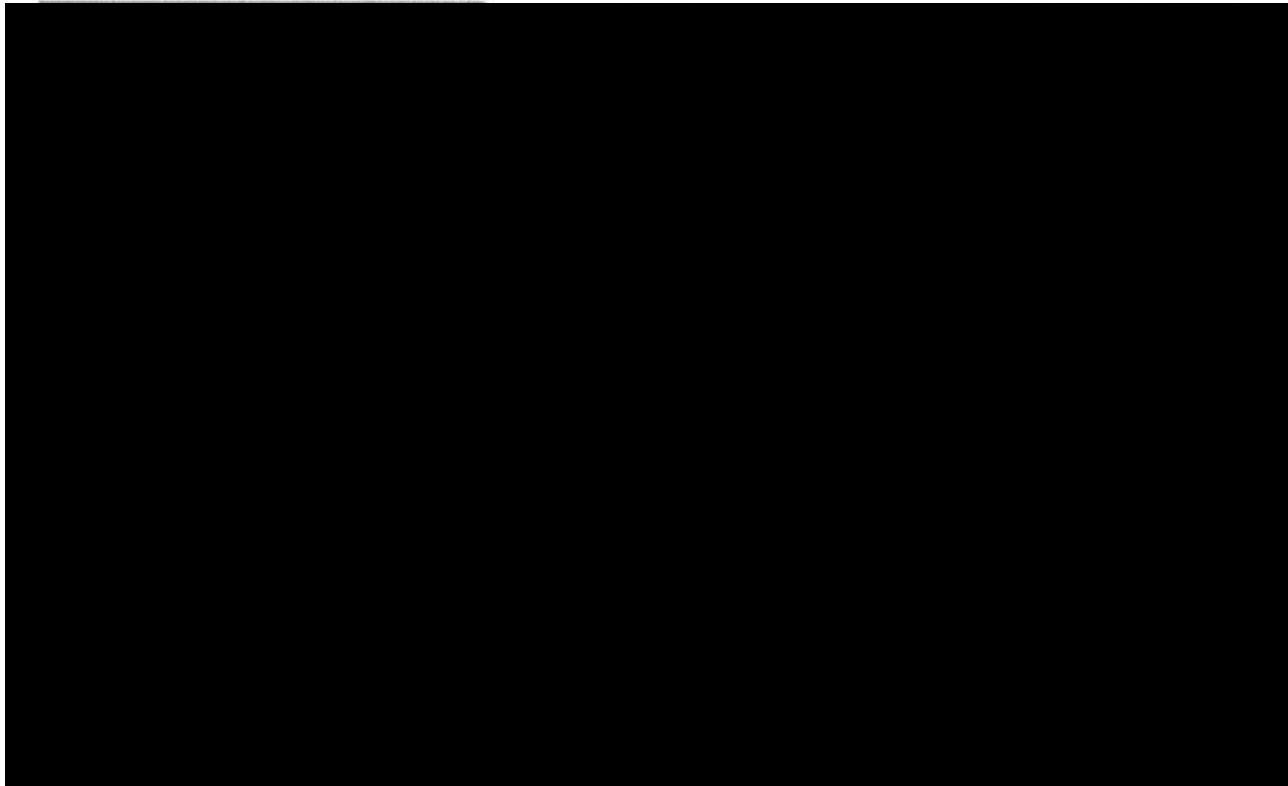
INFORME SOCIAL



2.- GRUPO FAMILIAR



3.- SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA



4.- SITUACIÓN DE SALUD

[REDACTED]

5.-SITUACIÓN HABITACIONAL

[REDACTED]

6.-OPINIÓN PROFESIONAL

[REDACTED]

Es cuanto puedo informar, Atte.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
- DEPTO. ASIST. SOCIAL

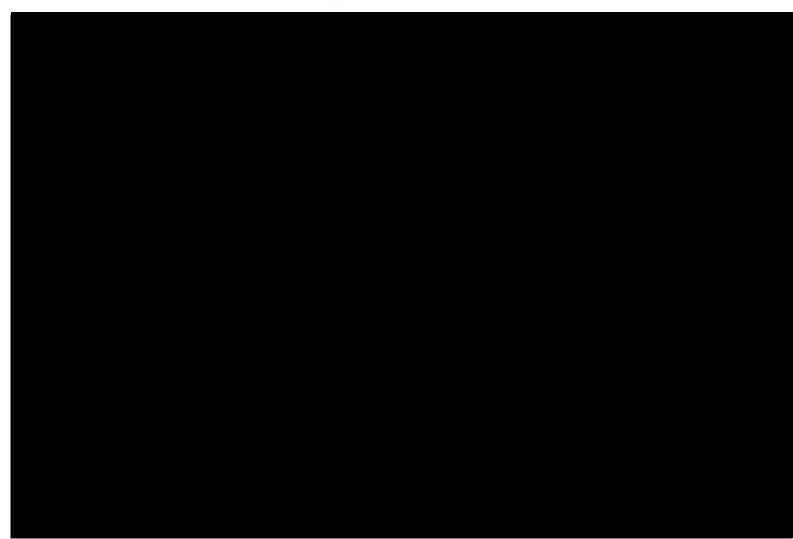
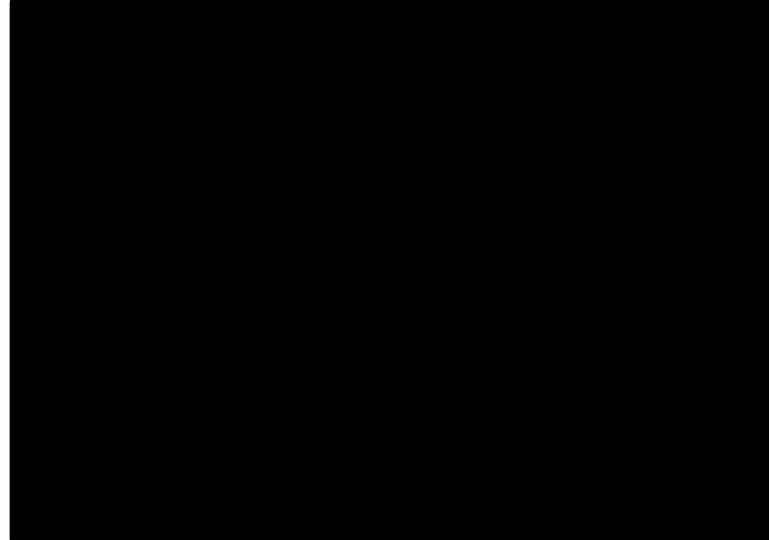
Alma Puello

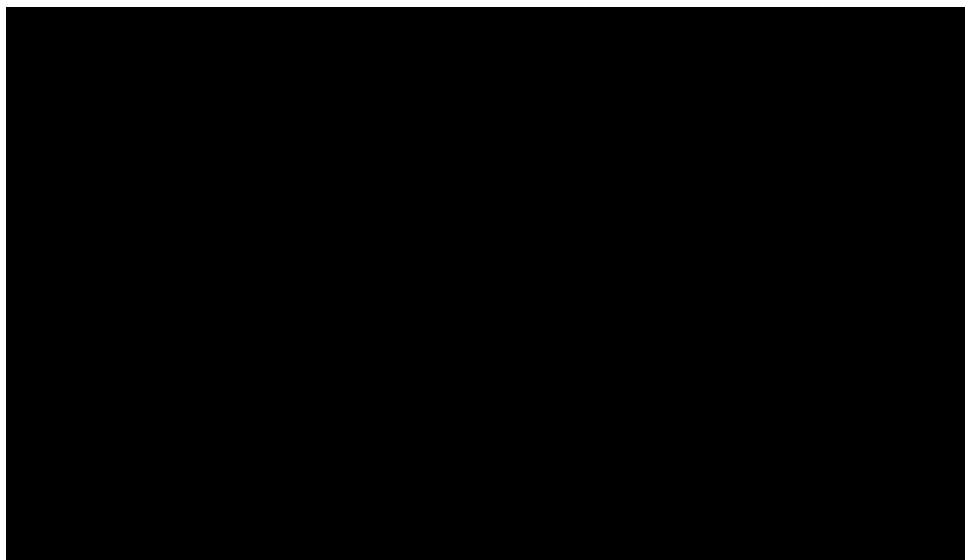
FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

ASISTENTE SOCIAL

D.A.S.

228286534 / fguijuelos@conchali.cl





Despacho: Retiro en tienda:

Santa Magdalena 67, 1

\$0

0%

\$0

Providencia

Subtotal \$142.773

IVA \$27.127

Total \$169.900

- Los valores informados incluyen IVA.
- Validez de la cotización 3 días hábiles de acuerdo al stock disponible por sucursal.
- Si quieres ser cliente mayorista comunícate a cotizaciones@medicaltec.cl
- Valores de despacho, pueden variar dependiendo del volumen de compra.

Transferencia bancaria o Depósito

Banco de Chile

Cuenta Corriente: 00-801-12724-06

Rut: 77.926.760-1

Enviar comprobante al email: cotizaciones@medicaltec.clTérminos Generales de Venta: <https://medicaltec.cl/garantia-online/>

Providencia, Santiago
<https://tecmedic.cl>
Teléfono: +56 9 6107 7359

Asesor de venta: Angel Matheus

COTIZACIÓN

FECHA	18-02-2025
COTIZACIÓN #	2537
CLIENTE ID	137
VALIDO HASTA	05-03-2025

CLIENTE

Sandra González Muñoz
sandra.gonzalezm2013@gmail.com

Chile
Teléfono: +56 9

DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIT.	CANT.	IMPUESTOS	TOTAL
[REDACTED]	145.370,00	1	x	145.370,00

TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Al cliente se le realizará pedido después de aceptada esta cotización
2. Entrega Inmediata.

Datos de transferencia

Banco Itau, Cuenta Corriente, 226227779

Rut : 77758449-9

Nombre: Importadora y Comercializadora MV SpA

Subtotal	\$ 145.370,00
Imponible	\$ 145.370,00
IVA %	19,000%
Total IVA	\$ 27.620,00
Envío	
TOTAL	\$ 172.990,00

¡Innovación al alcance de tu mano!

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta cotización, por favor, póngase en contacto con nosotros
[Angel Matheus, +56 9 6107 7359, ventas@tecmedic.cl]

¡Gracias por hacer negocios con nosotros!



TOPMEDIC SPA
VENTA AL POR MENOR DE OTROS PRODUCTOS EN
COMERCIOS ESPECIALIZADOS N.C.P.
RUT: 76.499.211-3

TOPMEDIC®
Tecnología al cuidado del paciente

DR. MANUEL BARROS BORGONO 296
PROVIDENCIA SANTIAGO
MAIL: ventas@topmedic.cl
TELÉFONO: +56 2 2235 3093
WWW.TOPMEDIC.CL

COTIZACION
Nº 20187915

SR./ ORGANISMO:

RUT:

GIRO:

DIRECCIÓN:

COMUNA:

FECHA EMISIÓN: 18/02/2025

CONTACTO: Sandra González Muñoz

TELEFONO:

MAIL: SANDRA.GONZALEZM2013@GMAIL.COM

SKU	ITEM	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	% DCTO	SUBTOTAL
45122		\$ 159.579,83	1	0.0 %	\$ 159.580
70167		\$ 0	1	0.0 %	\$ 0

DATOS DE TRANSFERENCIA BANCARIA/ DEPÓSITO	
NOMBRE: TOPMEDIC SPA	
CUENTA CORRIENTE: 159-400-7008	
INSTITUCIÓN FINANCIERA: BANCO DE CHILE	
RUT: 76.499.211-3	MAIL: cobranzas@topmedic.cl

TOTAL DESC.	\$ 0
NETO (\$)	\$ 159.580
I.V.A. 19%	\$ 30.320
TOTAL (\$)	\$ 189.900

DATOS VENDEDOR:

NOMBRE: Jose Jazpe Camejo
MAIL: ventas@topmedic.cl
TELÉFONO: 56222353093
ORIGEN: sandra.gonzalezm2013@gmail.com

Nota:

TOPMEDIC SPA

Dr. Manuel Barros Borgoño 296. Santiago, Providencia.
Mail: ventas@topmedic.cl | Teléfono: +56 2 2235 3093

WWW.TOPMEDIC.CL

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	305746	AYUDA ASISTENCIAL	(1	0		
	305747	INFORME SOCIAL	(R	1	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Fernanda Guijuelos



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE:

FIRMA:

TIMBRE:

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

(Fernanda)

EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

30	06	25
----	----	----

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

x

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



R.U.T. 71779000-6
BOLETA ELECTRÓNICA

32.601

SII - SANTIAGO CENTRO

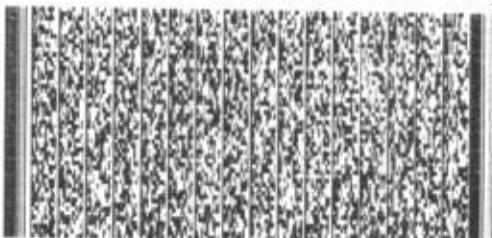
27/06/2025 12:26:38
CORP DE OSTOMIZADOS DE CHILE

Giro: ASISTENCIA SOCIAL, VENTA
DE PRODUCTOS MEDICINALES

Dirección: Santa Monica 2278
Santiago Santiago, Fono:

Cod.	Descripción	Precio	Cant.	Des.	Total
0127	Pasta Stomahes	10.700	1.00	0	10.700
0171	Placa Plana 7C	5.300	9.00	0	47.700
0175	Bolsa Ab.-70T	4.500	10.00	0	45.000
0205	Spray ESENTA	15.890	1.00	0	15.890

Iva: 19.046
Total: 119.290



Timbre electrónico S.I.I. Resolución: 80 de
22/08/2014
Verifique documento en www.sii.cl - Documento creado



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 14 de abril, 2025.

INFORME SOCIAL

[REDACTED]

2.- GRUPO FAMILIAR

[REDACTED]

3.- SITUACIÓN DE SALUD

[REDACTED]

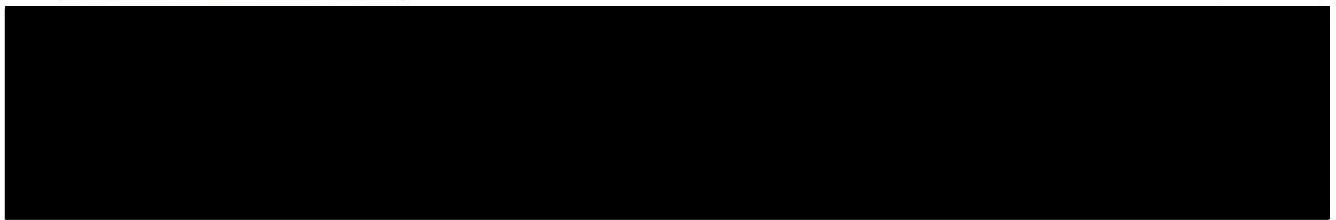
4.- SITUACIÓN HABITACIONAL

[REDACTED]

5.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

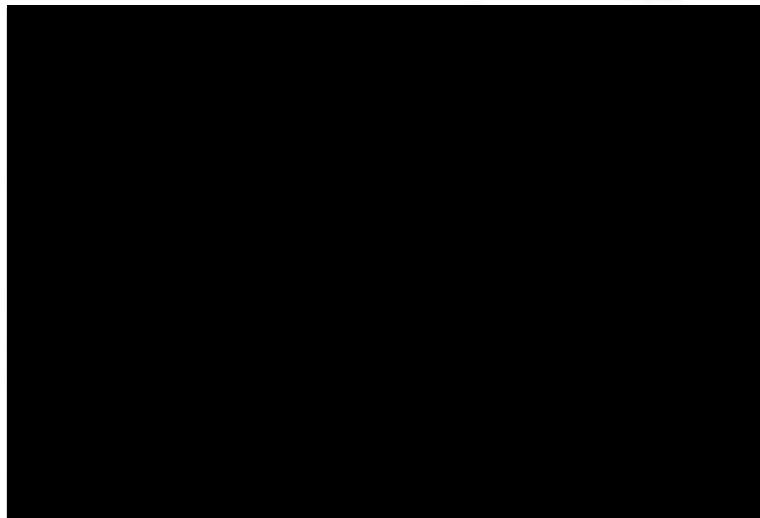
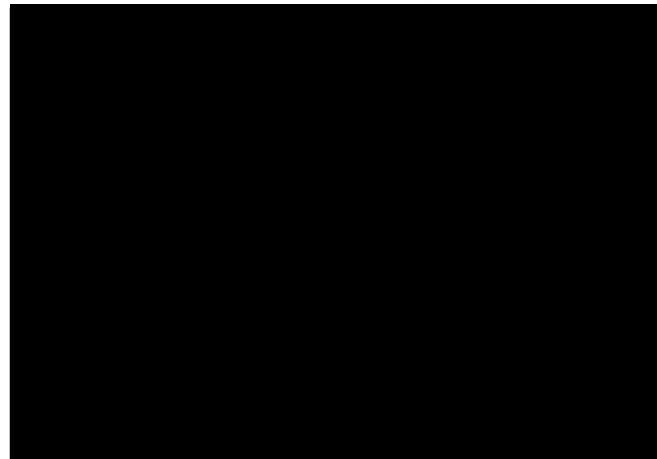
[REDACTED]

6.- OPINIÓN PROFESIONAL



Es cuanto puedo informar, Atte.


DENISSE ROSAS PIEL
TRABAJADORA SOCIAL
denisse.rosas@conchali.cl



Cartola Hogar

MARIO AMADEO MORAGA ABARCA
Pasaje Madrid, #1214, Conchali

Número de Folio: #30383186
Última actualización de información: 24/03/2025
Fecha de consulta: 14/04/2025



¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 1 persona

RUT	Integrantes	Parentesco	-18 años	+60 años	Persona cuidadora

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de Red de Protección Social, acercarte a tu municipio o escanear el código QR.
www.reddeproteccion.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registrosocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

Ministerio de Salud
S.S. Metropolitano Norte
Alberto Bachellet [CESFAM]

Fecha : 22-03-2025
11:26:49

Nº CERTIFICADO : 622071808

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Indicaciones :

Dr. José Gómez Calderón
RUT 18.665.013-1
Medico

Dr. José Gómez Calderón
Médico Cirujano
Rut: 18.665.013-1
Reg. C.M.C. 780188

COTIZACIÓN N°: 33



ARTÍCULOS MÉDICOS PUNTO SALUD SPA

Giro: COMERCIALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIALES MÉDICOS

Dirección: Guillermo Mann 947, Piso 2

Ciudad: Santiago

Comuna: Ñuñoa

E-mail: ecommerce@psalud.cl

Teléfono: +56 9 3650 5687

SEÑOR(ES):

RUT:

GIRO:

DIRECCIÓN:

COMUNA:

CONTACTO:

FECHA EMISIÓN:

10/04/2025

Artículo	Valor Unitario	Subtotal
	\$ 3.781,51	\$ 37.81
	\$ 5.798,32	\$ 57.98
	\$ 17.478,99	\$ 17.47
	\$ 19.243,7	\$ 19.24

Observaciones:

NETO(\$)	\$ 132.521
I.V.A(19%)	\$ 25.179
TOTAL	\$ 157.700

CORPORACION DE OSTOMIZADOS DE CHILE
Personería Jurídica y Decreto N° 122 del 25-01-91
Santa Mónica N° 2278 SANTIAGO
Teléfono wasap 933994660
Rut: 71.779.0006

C E R T I F I C A D O

De nuestra consideración:

Junto con entregarle nuestros sinceros saludos a UD., y entidad bajo vuestra representación, nos dirigimos respetuosamente a fin de informar lo que a continuación se expone:

La Corporación a la cuál representamos es una entidad de beneficencia sin fines de lucro, con Personalidad Jurídica y Decreto N° 122 otorgada el 25 de enero de 1991 por el Ministerio de Justicia de la República de Chile. Su accionar se centra en el área de asistencia social, específicamente en la atención de personas ostomizadas, cuyo único propósito es "Mejorar la Calidad de Vida del Paciente Ostomizado".

La Corporación recibe a personas desde recién nacidos como adultos mayores, en su mayoría son personas de escasos recursos. Cada día les brindamos apoyo y comprensión para que puedan integrarse normalmente a su vida normal. Para ello contamos con atención de enfermera universitaria especializada en colostomías.

TOTAL: 124.600

Nuestra labor es realizada como grupo de autoayuda, lo cual justifica que nuestra Corporación no extienda boleta, solo Comprobante de Ingreso, y por ello no se recibe Orden de Compra y/o Carta de Respaldo.

Se extiende el certificado para los fines que el interesado estime conveniente.

Sin otro particular, y en espera de su buena acogida le saluda cordialmente,

CORPORACION DE OSTOMIZADOS DE CHILE.

MOOR/mpj

Santiago, 09 abril de 2025

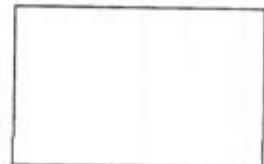
VITALSALUD LIMITADA

RUT: 76.414.057-5

GIRO : VENTA DE ARTICULOS E INSUMOS MEDICOS

DIRECCION : TEATINOS 690 LOC. 1 , Santiago

TELEFONO : 936625575

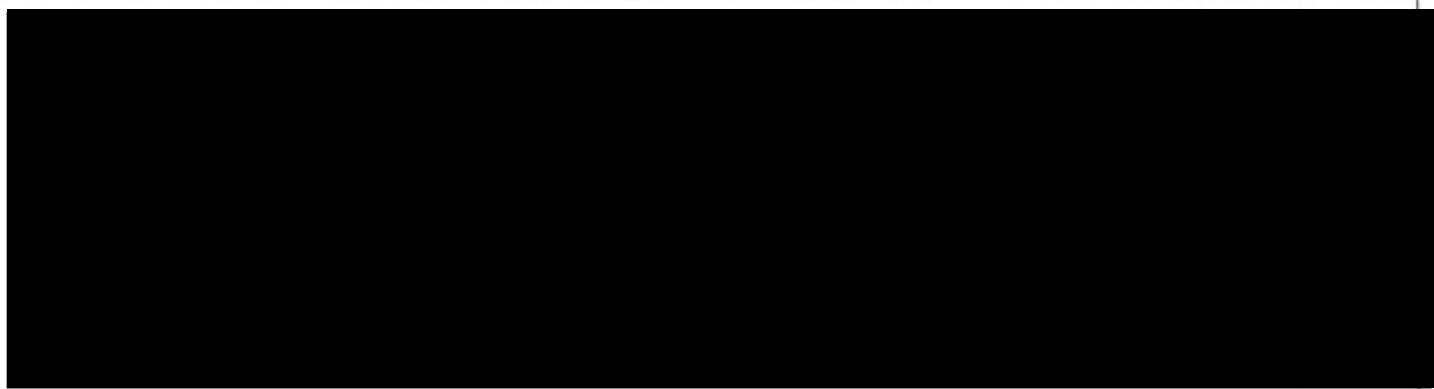


FACTURA N° 303

FECHA EMISION: 09/04/2025

CODIGO	PRODUCTO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO	VALOR	DESC.	DESC. %
768455113415			10,00	UND	2.513,00	25.130		0
768455101795			10,00	UND	3.353,00	33.530		0
707387469030			1,00	UND	11.756,00	11.756		0
768455100019			1,00	UND	15.118,00	15.118		0
SUB TOTAL						\$ 85.534		
IVA						\$ 16.251		
TOTAL						\$ 101.785		

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
D	1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Denisse Rosas Piel



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE: Jenisa Rojas Piel
FIRMA: Jenisa Rojas P.

TIMBRE:



EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

Manuel Salgado S.

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

JEFE
DEPTO.
ASIST. SOCIAL

R.U.T. 71779000-6
BOLETA ELECTRÓNICA

32.600

SII - SANTIAGO CENTRO

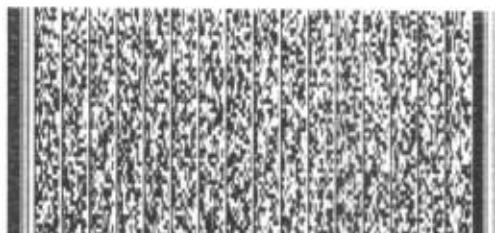
27/06/2025 12:17:21
CORP DE OSTOMIZADOS DE CHILE

Giro: ASISTENCIA SOCIAL, VENTA
DE PRODUCTOS MEDICINALES

Dirección: Santa Monica 2278
Santiago Santiago, Fono:

Cod.	Descripción	Precio	Cant.	Des.	Total
0120	Bolsa 1 pieza l	5.450	22,00	0	119.900

Iva: 19.144
Total: 119.900



Timbre electrónico S.I.I. Resolución: 80 de
22/08/2014
Verifique documento www.sii.cl - Documento creado



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALÍ, 23 DE ABRIL, 2025

INFORME SOCIAL

Profesional que suscribe, tiene a bien informar la situación socioeconómica de don Manuel Antonio Salgado salgado , que a continuación se individualiza.

I.-INDIVIDUALIZACIÓN:

[REDACTED]

II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

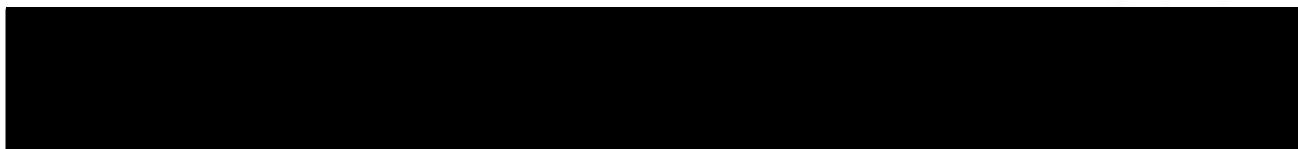
[REDACTED]

III. SITUACIÓN HABITACIONAL

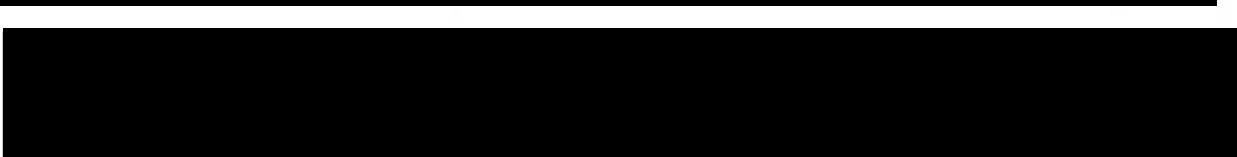
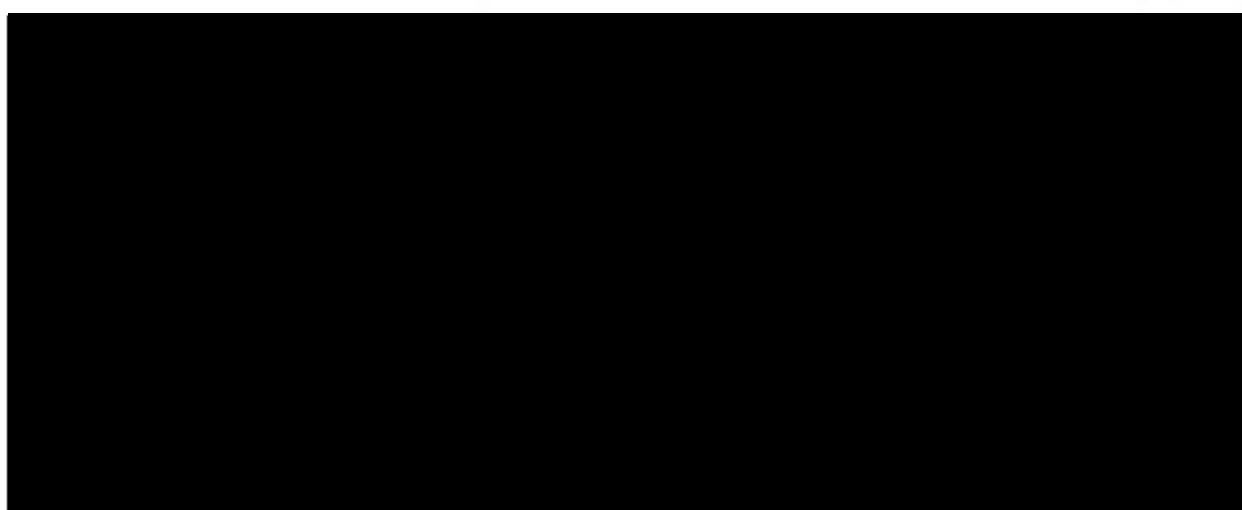
[REDACTED]

CONCHALÍ, 23 DE ABRIL, 2025

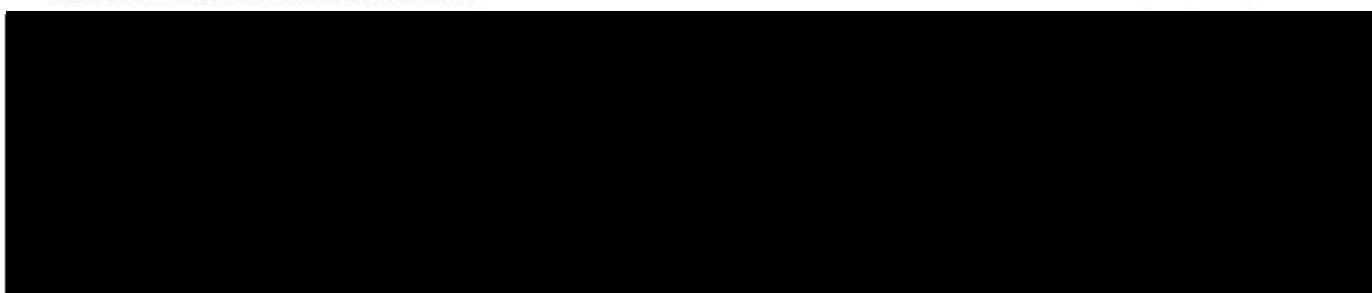
IV. SITUACIÓN DE SALUD



V. SITUACIÓN ACTUAL Y ECONÓMICA



VI. OPINION PROFESIONAL



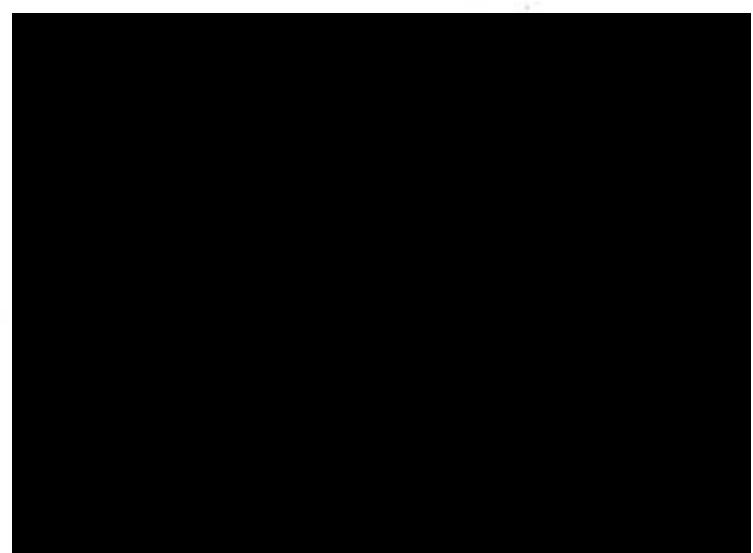
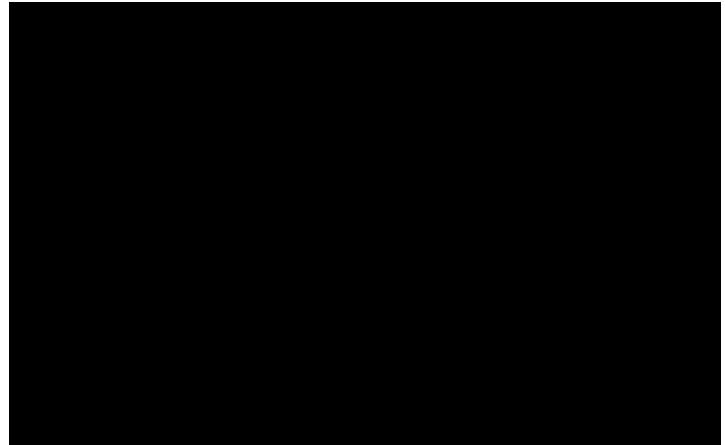
CONCHALÍ, 23 DE ABRIL, 2025

[Redacted area]
Es cuanto puedo informar, Atte.

Denisse Rosas Piel
Denisse Rosas Piel
Trabajadora Social
Municipalidad de Conchalí



CA.



Cartola Hogar

MANUEL ANTONIO SALGADO SALGADO
Pasaje Mar de los Sargazos, #3559, Conchali

Número de Folio: #41156956
Última actualización de información: 08/04/2025
Fecha de consulta: 23/04/2025



¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 1 persona

RUT	Integrantes	Parentesco	Relación	Personas

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de Red de Protección Social, acercarte a tu municipio o escanear el código QR.
www.reddeproteccion.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registrosocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.



1567666

RECETA

Nombre Pacien

Ficha N° 5

Servicio: —

Sala —

Diagnóstico -

Nº de días de

Nº de días de Prescripción

alizado detalhadamente

Todos los
campos son
obligatorios

ANNELEM WALD
Rov. 10.210-950-3
Urología
Instituto Nacional del Cáncer
IMPRENTA V.

Firma y Timbre Médico



Nº 345

TRIMEDIC
INSUMOS MEDICOS Y ORTOPEDICOS

COTIZACION

Atendiendo su solicitud, estamos enviando cotización de los productos requeridos.

VALORES INCLUYEN I.V.A.

RUT		FECHA	24-10-2024
CLIENTE		COMUNA	
DIRECCION		TELEFONO	
CONTACTO		TIPO DE PAGO	
E-MAIL			
GIRO			

PATRICIA ISABEL MACHUCA NUÑEZ E.I.R.L
AV INDEPENDENCIA 928
FONO : 976595723
TRICIA.MACHUCA@GMAIL.COM

Cotización 15 días de duración

CORPORACION DE OSTOMIZADOS DE CHILE
Personería Jurídica y Decreto N° 122 del 25-01-91
Santa Mónica N° 2278 SANTIAGO
Teléfono-Fax 6994325
Rut: 71.779.0006

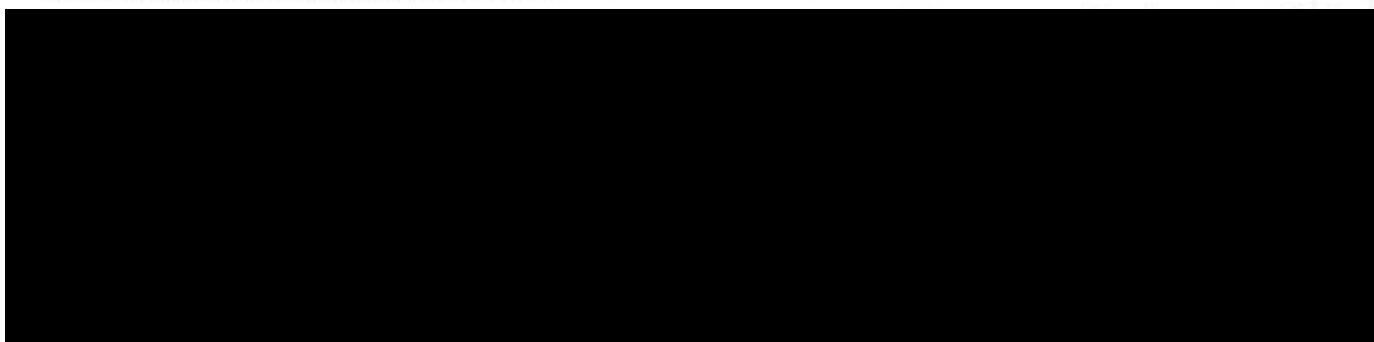
C E R T I F I C A D O

De nuestra consideración:

Junto con entregarle nuestros sinceros saludos a UD., y entidad bajo vuestra representación, nos dirigimos respetuosamente a fin de informar lo que a continuación se expone:

La Corporación a la cuál representamos es una entidad de beneficencia sin fines de lucro, con Personalidad Jurídica y Decreto N° 122 otorgada el 25 de enero de 1991 por el Ministerio de Justicia de la República de Chile. Su accionar se centra en el área de asistencia social, específicamente en la atención de personas ostomizadas, cuyo único propósito es "Mejorar la Calidad de Vida del Paciente Ostomizado".

La Corporación recibe a personas desde recién nacidos como adultos mayores, en su mayoría son personas de escasos recursos. Cada día les brindamos apoyo y comprensión para que puedan integrarse normalmente a su vida normal. Para ello contamos con atención de enfermera universitaria especializada en colostomías.



Nuestra labor es realizada como grupo de autoayuda, lo cual justifica que nuestra Corporación no extienda boleta, solo Comprobante de Ingreso, y por ello no se recibe Orden de Compra y/o Carta de Respaldo.

Se extiende el certificado para los fines que el interesado estime conveniente.

Sin otro particular, y en espera de su buena acogida le saluda cordialmente,

CORPORACION DE OSTOMIZADOS DE CHILE.

MOR/mpj

**CORPORACIÓN DE
OSTOMIZADOS DE CHILE**

Con Personalidad Jurídica
Decreto Supremo 122 de 25 Enero 1991

Santiago, 28-10-2024



martimed@gmail.com

Comercializadora Martimed Limitada

RUT: 76.309.942-3

SANTOS DUMONT 1030-B

INDEPENDENCIA

FONO: 227320031

COTIZACION N°

1.536

24-octubre-2024

L1 Santos dumont

R.U.T.

NOMBRE

DIRECCION

OBSERVACIONES municipalidad de conchali

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-043	BOLSA UROSTOMIA 1 PZA 19/45	30	5.798	173.940
			SUBTOTAL	173.940
			DESCUENTO	0
			NETO	173.940
			I.V.A.	33.049
			TOTAL FINAL	206.989

Comercializadora Martimed LTDA.
76.309.942-3
Carlos Lorda Tobal 1030-B
Independencia
FONO: 227320031

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	306348	INFORME SOCIAL	(D 2	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Fernanda Guijuelos



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE: Denisse Rojas piz

FIRMA: Denisse Rojas

TIMBRE:



EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

26	06	25
----	----	----

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO


David Montecinos

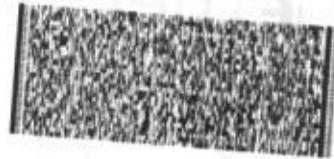
FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

DEPARTAMENTO
ASIST. SOCIAL

CONCHALÍ

Boleta Electronica
Nº 13628
COMERCIALIZADORA FARMACEUTICA
VASQUEZ & MERCADO SPA
77.345.226-1
GIRO:FARMACIAS INDEPENDIENTES
MONTERREY #2810, CONCHALÍ
FECHA:24/06/2025 HORA:16:48
TOTAL: \$165.400
EL IVA DE LA BOLETA ES \$26.408



TIMBRE ELECTRONICO SII
RES 80 DEL 22/08/2014
VERIFIQUE EN:
WWW.SII.CL
WWW.SINBOLETA.CL



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALÍ, 01 DE ABRIL, 2025

IV. SITUACIÓN DE SALUD

V. SITUACIÓN ACTUAL Y ECONÓMICA

CONCHALÍ, 01 DE ABRIL, 2025

VI. OPINION PROFESIONAL

En virtud de los antecedentes expuestos y la necesidad que manifiesta de individualizado, la profesional que suscribe, solicita al **Departamento de Asistencia Social** la cobertura total o parcial, del costo por solicitud de medicamentos, de este modo, se adjunta orden médica y tres cotizaciones de acuerdo con el enfoque correspondiente del programa asistencial.

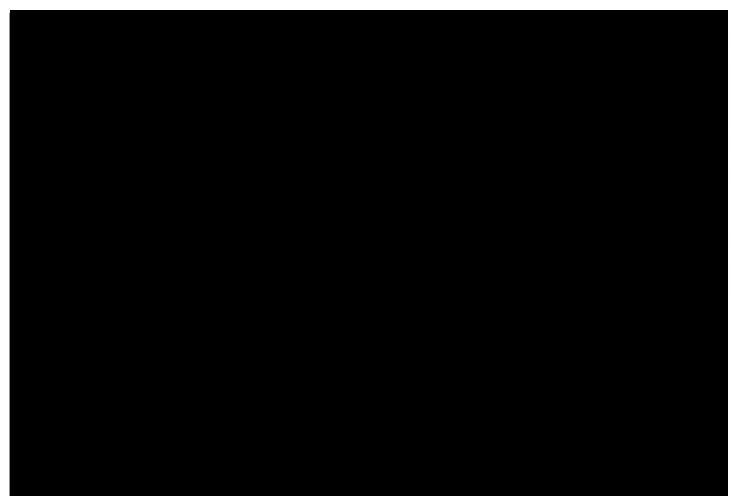
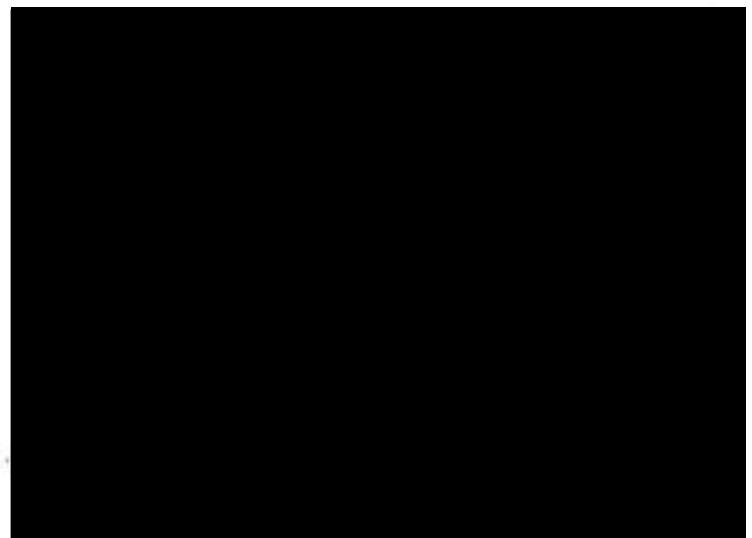


Es cuanto puedo informar, Atte,

Denisse Rosas Piel
Denisse Rosas Piel
Trabajadora Social
Municipalidad de Conchalí *



CA.

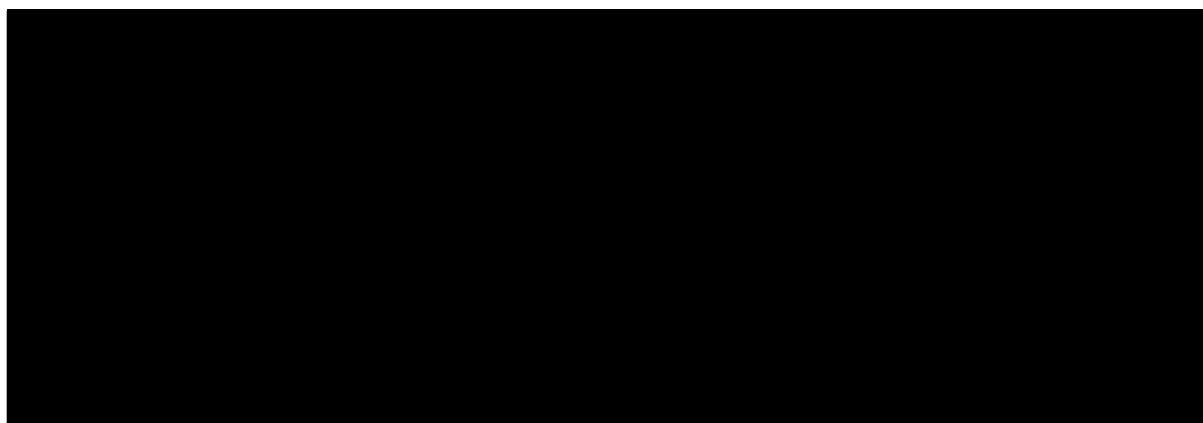


CONCHALÍ, 01 DE ABRIL, 2025

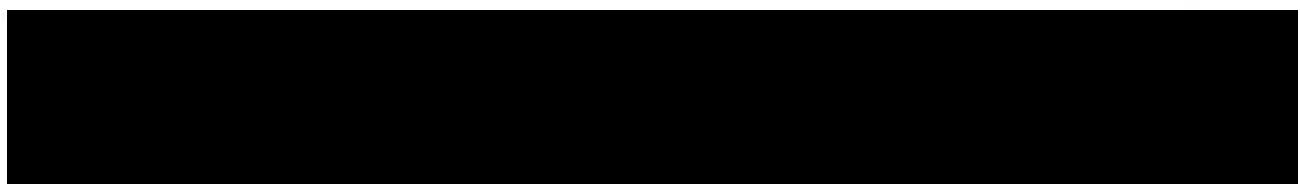
INFORME SOCIAL

Profesional que suscribe, tiene a bien informar la situación socioeconómica de don David Eduardo Zamorano Aqueveque, que a continuación se individualiza.

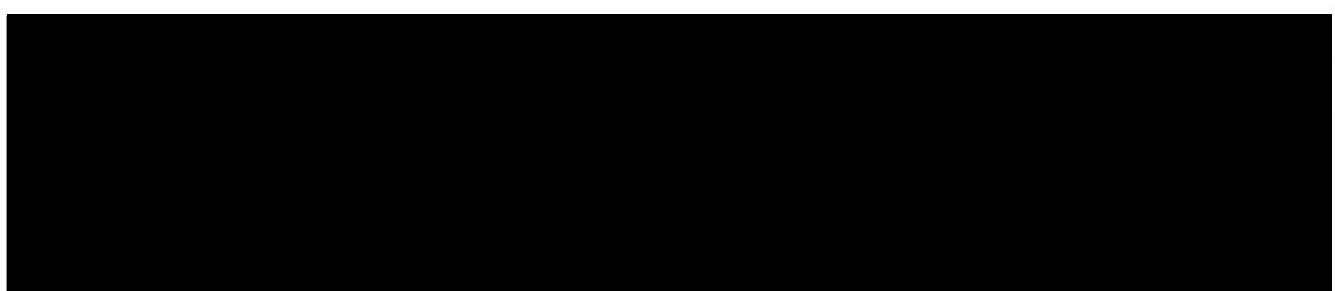
I.-INDIVIDUALIZACIÓN:



II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR



III. SITUACIÓN HABITACIONAL



¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden cubrir el tramo de tu hogar.

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 2 personas

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de Red de Protección Social, acercarte a tu municipio o escanear el código QR.
www.reddeproteccion.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registrosocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

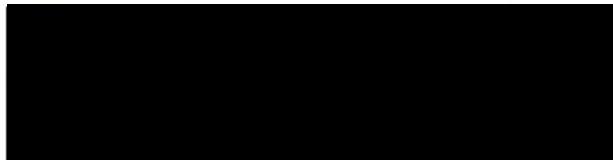


Monterrey 2810, Conchalí

Correo: farma.elsalvador.spa@gmail.com

Tlf +56958602437

Lle marzo de 2025



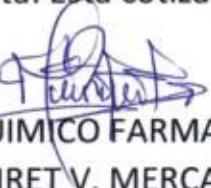
Presente.-

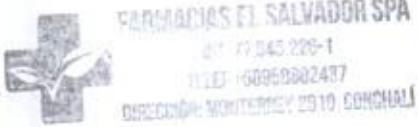
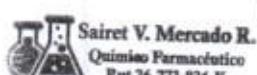
De nuestra consideración

De acuerdo a lo solicitado por usted, cotización:

CANTIDAD	PRODUCTO	MARCA	VALOR TOTAL
01		SPRINGLIFE	\$2.500
01		EUROFARMA	\$19.990
01		GREEN M.	\$9.990

Nota: Esta cotización tiene una vigencia de 60 días o hasta agotar existencia.


QUÍMICO FARMACÉUTICO
SAIRET V. MERCADO RUJANO
RUT 26.773.836-K

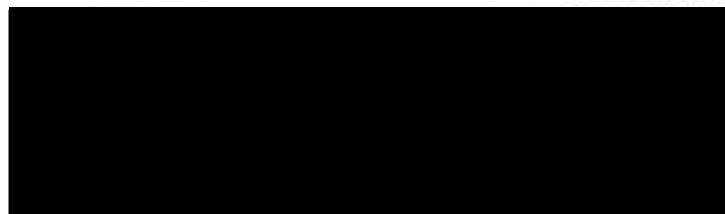


Ministerio de Salud
S.S. Metropolitano Norte
Dr. Jose Symon Ojeda [CGU]

Fecha : 26-02-2025
15:58:43

Nº CERTIFICADO : 617459751

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

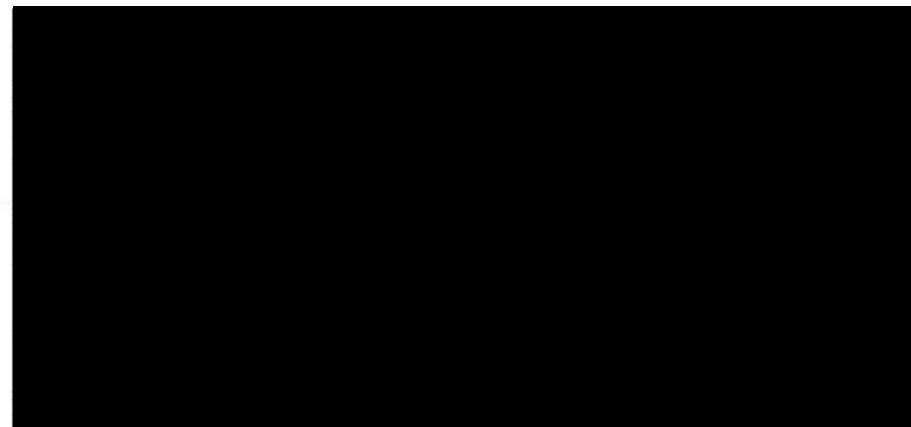


Nombre : Natalia Carolina Castro Padilla

TIPO DE ATENCIÓN :

Visita ECICEP

Indicaciones :



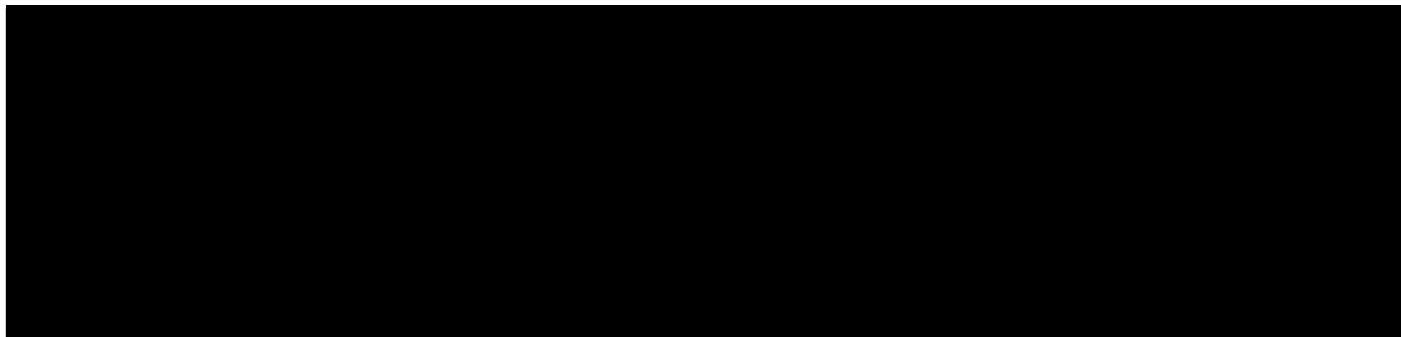
Se emite certificado a petición de cuidador principal, para ser presentado según estime conveniente, para gestión de requerimiento mencionado.

NATALIA CASTRO PADILLA

Médico General

Dra. Castro
Rut: 15.383.190-4
RM 10219
Medicina General y Kinesiología

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	305638	INFORME SOCIAL	(D	2	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Fernanda Guijuelos



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE: *Jenisa Rojas J.:U.*

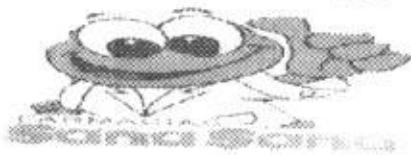
FIRMA: *Jenisa Rojas*

TIMBRE:



EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

COTIZACION
Número **438**



Cant.	Precio	Sub-total
874065 BETINA 16 MG X 30		
1	22,580	22,580
616075 CALCIOLAB D800UI		
1	3,990	3,990
143067 CITRATO MAG X 60CAP		
1	5,280	5,280
616059 PROPOLIO VIT NIÑO		
1	2,990	2,990 X

COTIZACION

Sub-Total	34,840
Descuento	0
Total	34,840

VALIDO POR EL DIA

20/03/2025

LABRA Y COMPAÑIA LIMITADA
CASA MATER: INDEPENDENCIA 3187-B, CONCHALI
GIRO: VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS
FARMACEUTICOS Y MEDICINALES

ZACION

- * FOLIO: 49
- * FECHA DE EMISION: 20-03-2025
- * FECHA DE VENCIMIENTO : 20-03-2025

VENDEDOR:

NOMBRE: CÓDIGO:

DATOS DEL CLIENTE:

NOMBRE: INDEFINIDO

RUT: 86668666-6

TEL.:

DIRECCIÓN: , None, None

CODIGO PRECIO U.	PRODUCTO CANT.	VALOR
7805633022633 3.500	CALCIO 500 MG / VITAMINA D3 800 UI X 30 CAP x3	10.500
7891317006398 19.790	BETINA 18MG X 30 COMP x6	118.740
7805633013862 2.500	PROPOLEO MENTA SP 30M x1	2.500
TOTAL:	\$	131.740



0000000049

CLAMILCL
SOFTWARE DE PUNTO DE VENTA

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

Tipo: Crónica

1. 9 20.990
2. 3690
3. 890 x 3 = 90 CAP.

por 3 meses

45

DR. JESÚS RODRÍGUEZ KLEINER	DR. JESÚS RODRÍGUEZ KLEINER
RUT: 15383190-4	RUT: 15383190-4
Natalia Carolina Chacra Padilla	Natalia Carolina Chacra Padilla
Rut: 153831904	Rut: 153831904
ID: 511175516	

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

26 06 25

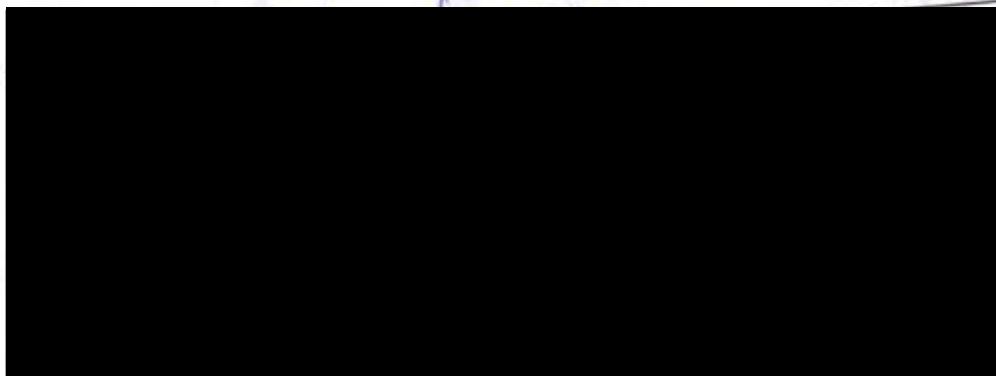
RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO



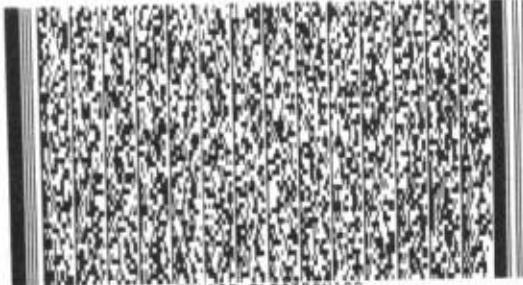

FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

SALCOBRAND**SALCOBRAND**

SALCOBRAND S.A. R.U.T.: 76.031.071-9
 AVDA SANTOS DUMONT N999, INDEPENDENCIA
 C.M:AV LIB. BDO. OHIGGINS 877 SANTIAGO
 GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
 VERSION: V72.5 03.06.25 NSERJ
 0:00007651 T:9029 L:266 C:002
FECHA EMISION : 24/06/2025 HORA : 12:43
 NORMIX 200mg COM 1U 22.699-
 20% DESCUENTO SALCOBRAND 4.540-
 NORMIX 200mg COM 1U 22.699-
 20% DESCUENTO SALCOBRAND 4.540-
 LEY DE REDONDEO 02
 EFECTIVO 40.000
 CAMBIO 3.680
 NETO 30.319
 IVA 19% 5.799
TOTAL 36.318

ATENDIDO POR : VVERONICA AVILA



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

BOLETA ELECTRONICA Nro. 664093667 CAJA: 2
 Verifique documento en www.salcobrand.cl



3906540936670

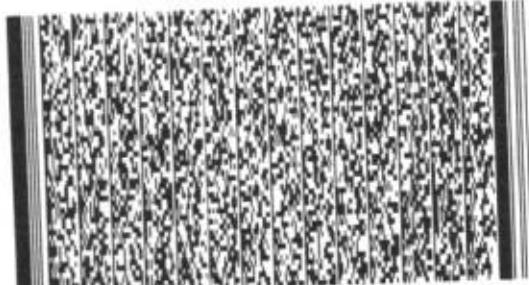
SR(A): 7312985- - CLIENTE CONSALUD

SALCOBRAND S.A. R.U.T.: 76.031.071-9
 AVDA SANTOS DUMONT N999, INDEPENDENCIA
 C.M:AV LIB. BDO. OHIGGINS 877 SANTIAGO
 GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
 VERSION: V72.5 03.06.25 NSERJ
 0:00007651 T:9076 L:266 C:002
FECHA EMISION : 24/06/2025 HORA : 16:13

NORMIX 200mg COM	1U	22.699-
20% DESCUENTO SALCOBRAND		4.540-
NORMIX 200mg COM	1U	22.699-
20% DESCUENTO SALCOBRAND		4.540-
NORMIX 200mg COM	1U	22.699-
20% DESCUENTO SALCOBRAND		4.540-

LEY DE REDONDEO	04
EFECTIVO	72.640
NETO	61.039
IVA 19%	11.597
TOTAL	72.636

ATENDIDO POR : VVERONICA AVILA



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

BOLETA ELECTRONICA Nro. 664093737 CAJA: 2
 Verifique documento en www.salcobrand.cl



3906540937370

SR(A): 7312985- - CLIENTE CONSALUD

0306800

Uso

permanente



Av. Tabancura 1185 - Vitacura

Fono: Mesa Central : 22 395 4000

Horas Médicas : 22 395 9500

Nomb

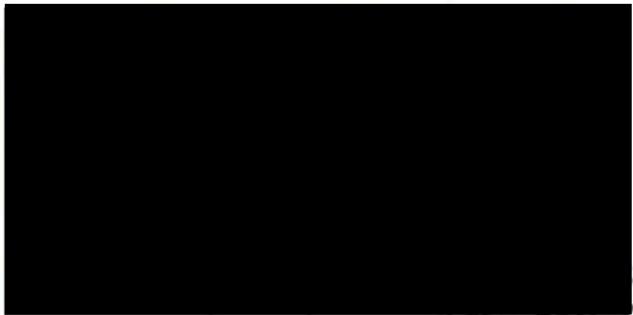
Fecha:

Rp.

Dr. CRISTIAN MUÑOZ TRONCOSO
Rut.: 12.910.177 - 6
Gastroenterólogo - Hepatología

FIRMA MEDICO

Copia de Receta ABF



13/03/25



farmacias
ahumada®

MLH IMPRESORES SpA • R.U.T.: 76.697.164-4 • Artemio Gutiérrez 2045

 **ABF**
CHILE
Administradora de Beneficios Farmacéuticos

COTIZACION

Local: 1065 Vd: PRISCILA POBLETE ESCOBAR
Emisión: 13/03/2025 Validaz: 13/03/2025

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	NORMIX COM.REC.200MG.24	51.990	51.990
	TOTAL \$		51.990



0 1 0 6 5 0 3 0 0 9 6 1 3 9 1 3 0 3 2 5

Normix 200 mg
24 comprimidos
\$42.079

SALCOBRAND S.A.
Rut: 76.031.071-9
Av. Vespucio Norte 1737
Huechuraba, Santiago

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente : 0 Fecha : 07/04/2025

Beneficiario : 7.312.985-0 VARGAS SOTO GLORIA

Direccion : GASCUÑA 1435

Fono : N/T

Atencion : 195769 Fecha : 07/04/2025

Glosa

Programa : ASISTENCIA SOCIAL

SE REDACTA INFORME SOCIAL PARA FINANCIAMIENTO (P. MUNICIPAL NECESIDADES DE SALUD), DE MEDICAMENTO NORDIX 200 MG, SE EXTIENDE RECETA MÉDICA Y TRES PRESUPUESTOS FORMALES.

Causa : CASOS REFERIDOS

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	305876	INFORME SOCIAL	(D	1	0		
	305877	MEDICAMENTO	(E	1	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Denisse Rosas Piel



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

ARTICULO 12: Principio de abstención. Las autoridades y los funcionarios de la Administración en quienes se den algunas de las circunstancias señaladas a continuación, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Son motivos de abstención los siguientes:

1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
3. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas anteriormente.
4. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
5. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

EL O LA PROFESIONAL TRATANTE DECLARA NO PRESENTAR NINGUNO DE LOS MOTIVOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS PARA INTERVENIR EL CASO.

NOMBRE: DENISSE ROSAS PIEDRA

FIRMA:

TIMBRE:



EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALÍ, 08 de abril, 2025.

INFORME SOCIAL

La Trabajadora Social que suscribe, informa a Ud., respecto de la situación socio – económica de doña **GLORIA MARGARITA SOTO VARGAS**, Cédula de Identidad N° 7.312.985-0, 73 años, Fecha de Nacimiento el 05/08/1951, Pensionada, domiciliada en Gascuña, N° 1435, Conchalí. Número de teléfono; 945516561 – 949980695.

Antecedentes familiares; La usuaria reside junto a su madre, María Yolanda Vargas Amengual, Cédula de Identidad N° 3.108.876-3, 94 años, Fecha de Nacimiento el 30/10/1930, Pensionada.

Situación laboral; Se informa que el principal ingreso económico proviene de Pensión de Vejez de la usuaria, quien recibe un monto mensual equivalente de \$224.004, añadiendo Pensión de Vejez de su hija correspondiente a \$190.000 aprox (declarado).

Situación de salud; De acuerdo a Certificado Médico se informa que la madre de referida presenta diagnóstico médico de Artrosis, HTA, Hipotiroidismo, Enfermedad Renal Crónica Etapa III – DM2. Asimismo, se añade que la usuaria debe ingerir medicamento de NORDIX 200 MG.

Situación habitacional; La referida reside en calidad de usufructuaria de la vivienda. Casa de material mixto, en regulares condiciones. Consta de living-comedor, dos dormitorios, cocina y baño. Se informa que el espacio es reducido.

En virtud de la necesidad manifiesta, Trabajadora Social que suscribe, solicita a Departamento Social financiar medicamento NORDIX 200 MG, adjunta 3 cotizaciones formales y receta médica.

Esperando una favorable acogida, se despide.

Atte.

DENISSE ROSAS PIEL
TRABAJADORA SOCIAL
DEPTO. SOCIAL



Nació en: INDEPENDENCIA
Profesión: No informada

28700-7

INCHL5213968460S16<<<<<<<<
5108059F2508050CHL7312985<0<<2
SOTO<VARGAS<<GLORIA<MARGARITA<

Cartola Hogar

GLORIA MARGARITA SOTO VARGAS
Gascuña, #1435, Conchalí

Número de Folio: #41342462

Última actualización de información: 24/03/2025

Fecha de consulta: 03/04/2025



¿Cuál es el tramo de mi hogar?

0 a 40%

TRAMO 40 50 60 70 80 90 100

Según los tramos de vulnerabilidad socioeconómica, tu hogar se ubica en el Tramo 40 (0% al 40%).

¿Qué información se considera para el tramo de mi hogar?

El tramo de tu hogar se define utilizando información autorizada, entregada por personas del hogar y ajustada con datos almacenados por las instituciones del Estado.

El cálculo del tramo considera principalmente tres factores:

1. Total de personas en tu hogar con:

DISCAPACIDAD	DEPENDENCIA	INVALIDEZ	NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
0	0	0	0

2. Personas que conforman el hogar:
TOTAL **-18 AÑOS** **+60 AÑOS**
2 **0** **2**

3. Ingresos de las personas que conforman el hogar:

Trabajo	Entre \$20.000 y \$70.000
Pensión y/o Jubilación	Entre \$370.000 y \$460.000
Capital (ej. inversiones)	No tiene
TOTAL INGRESOS HOGAR	Entre \$415.000 y \$515.000

Ingresos observados en los últimos 12 meses disponibles.

¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.

Bienes raíces de alto o muy alto valor

Plan de salud de alto o muy alto costo

Vehículos de alto o muy alto valor

Altos o muy altos ingresos del padre o madre fuera del hogar

Establecimiento educacional de alto costo

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 2 personas

RUT	Integrantes	Parentesco	-18 años	+60 años	Persona cuidadora
3.108.XXX-X	Maria Yolanda Vargas Amengual	Jefe(a) de hogar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.312.XXX-X	Gloria Margarita Soto Vargas	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información reportada por los integrantes del hogar.

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de Red de Protección Social, acercarte a tu municipio o escanear el código QR.
www.reddeproteccion.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registrosocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-704-777 o 800-719-002, opción 1.