

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO 0-2.012 [REDACTED] PINTO LLANTEN CARLA ANDREA
FECHA 07/07/2025 GLOSA 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 | | | | |

EMITIDO POR
JACQUELINE ZENTENO ARAVENA
Rentas Municipales
Depto. Contabilidad y Presupuesto

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DEPTO. DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO
CONF. COMPROBANTE



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
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 |

DECRETO DE PAGO

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 DIDECO - 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. | |
| | | FIRMA | |
| | V°B° 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 HUERTADO | | | | HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE | 1680671 | 190.000 |
| | | | | TOTAL | | 353.590 |
| | | | | | | |
| OTROS GASTOS | | | | | | |
| CUENTA 24.01.007.009 | | | | | | |
| NOMBRE | | | | PROVEEDOR | BOL/FACT | MONTO |
| MAXIMIO 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 | | CUENTA | | | | |
|--------------------------|-----|-----------|-----------|----------------------|------------------------|---------|
| 24.01.007.004 | | | | | | |
| NOMBRE | RUT | DOMICILIO | BENEFICIO | PROVEEDOR | BOU/FACT | MONTO |
| DAVID ZAMORANO AQUEVEQUE | | | | FARMACIA EL SALVADOR | 13628 | 165.400 |
| GLORIA SOTO VARGAS | | | | FARMACIA SALCOBRAND | 654093667 654093737 | 108.960 |

| | |
|--------------|-----------|
| TOTAL GASTOS | 1.027.130 |
|--------------|-----------|

RENDICION DE CUENTA GASTOS MENORES

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

FECHA:

VALOR UTM PERIODO DE RENDICION:

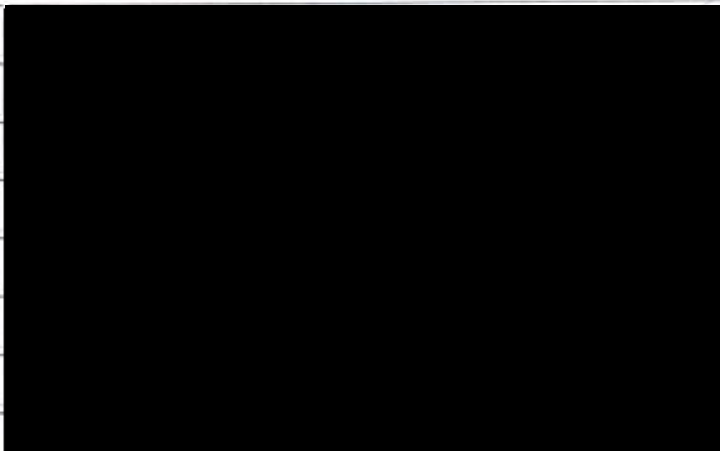
IDENTIFICACIÓN FUNCIONARIO A CARGO DEL FONDO

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE | CARLA PINTO LLANTEN |
| RUT | |
| DIRECCION | DIDECO |
| 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 CISTERNAS ABARCA |

Sección A: Características Generales

| Nº | FECHA | Nº BOLETA O FACTURA | DETALLE DE ADQUISICION | MONTO DE COMPRA |
|---------------|--------------------------|------------------------|--|-----------------|
| 01 | 23/06/2025 23/06/2025 | 1138445 934920209 | TAC DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE | 148.810 |
| 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 24/06/2025 | 654093667 654093737 | 6 CAJAS DE NORMIX | 108.960 |
| 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 |  | |
| 02 | | |
| 03 | | |
| 04 | | |
| 05 | | |
| 06 | | |
| 07 | | |
| 08 | | |

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--|--|
|  Firma y Timbre Responsable del Fondo |  Firma y Timbre Director. |
| MARCIA CUEVAS VIVIAN Dirección de Rentas Municipales Dpto. Contabilidad y Presupuesto Firma y Timbre Analista Dpto. Contabilidad y Presupuesto. | JACQUELINE ZEMARAY Rentas Municipales Dpto. Contabilidad y Presupuesto. Firma y Timbre Dpto. Contabilidad y Presupuesto. |

/yaa.



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
RUT: 69.070.200-2
INDEPENDENCIA N°3498
228 286 100
CONCHALI - SANTIAGO

FOLIO N°

INGRESO N°

782181

5383687

PINTO LLANTEN CARLA ANDREA

NOMBRE

GASTOS MENORES ADM.MUNICIPAL

TRIBUTO O MULTA POR INFRACCIÓN

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.D Y

31/07/2025

IMPUESTOS Y/O DERECHOS

VALORES \$

Carla Pinto LLanten

10

07/07/2025

NoLuminosa:0

Luminosa:0

Ocup:

SUB TOTAL

I.P.G.

INTERES

10

0

0

TOTAL \$

10

LIQUIDAR en

monedas

CONTRIBUYENTE



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
RUT: 69.070.200-3
INDEPENDENCIA N°3499
226.286.100
CONCHALI - 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.Y

30/06/2025

IMPUESTOS Y/O DERECHOS

VALORES \$

Carla Pinto LLanten

4.640

30/06/2025

NoLuminosa:0

Luminosa:0

Ocup:

SUB TOTAL

4.640

I.P.C

0

INTERES

0

TOTAL \$

4.640

LIQUIDADA por pintrim

ccovae ru

CONTRIBUYENTE

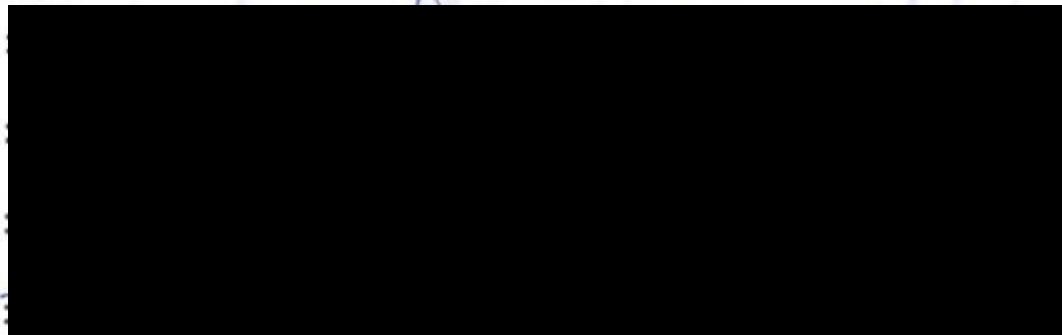
RECIBO

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 O'HIGGINS
654, SANTIAGO, SANTIAGO

SUCURSAL: PROFESOR ZANARTU 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.A.
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 0 | 32.721 32.721 | 6.217 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: 76.036.454-K



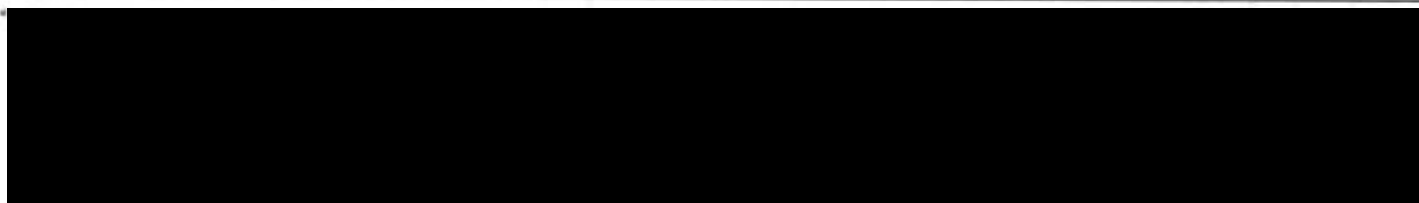
Revisa tus exámenes y atenciones en MI Portal
Bupa portalpaciente.bupa.cl O en la sección
resultados de exámenes en nuestra página web.

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.

INDE
RUT: 76.038.454-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



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

RED - Integramedica S.A.

Imagenologia

| | | | | | | | | | | | |
|--------|------------|-------|--------------------------|---------|---|----------------------|--------------------|--------------------|--------|--------------------|--|
| 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.A.
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.



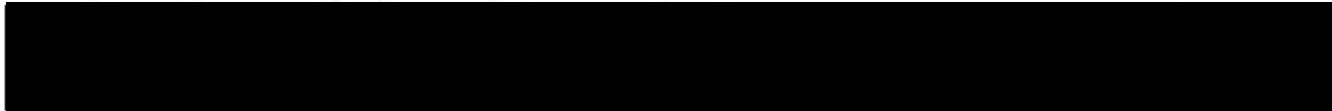
42/25

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

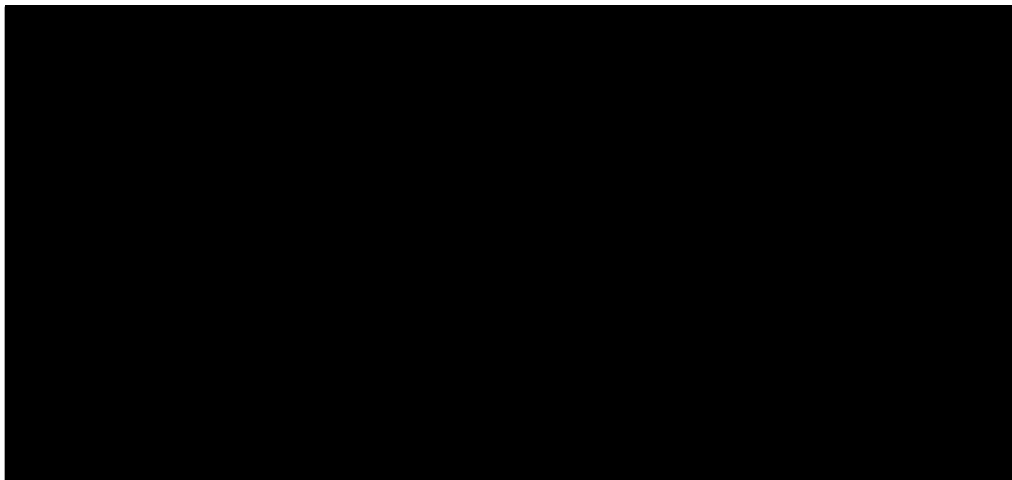
Conchalí, 7 de abril de 2025

INFORME SOCIAL

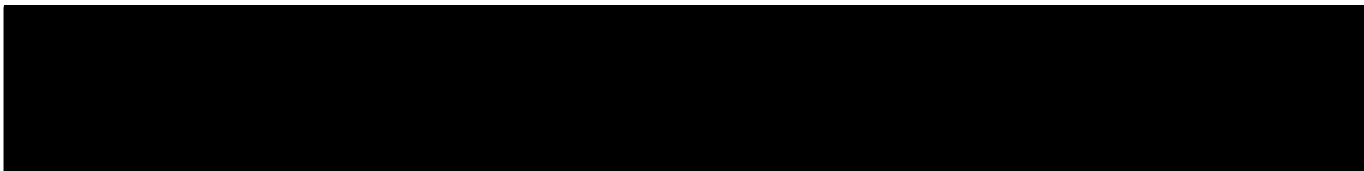
Felipe Zapata Burgos, Trabajador Social, tiene a bien informar la situación



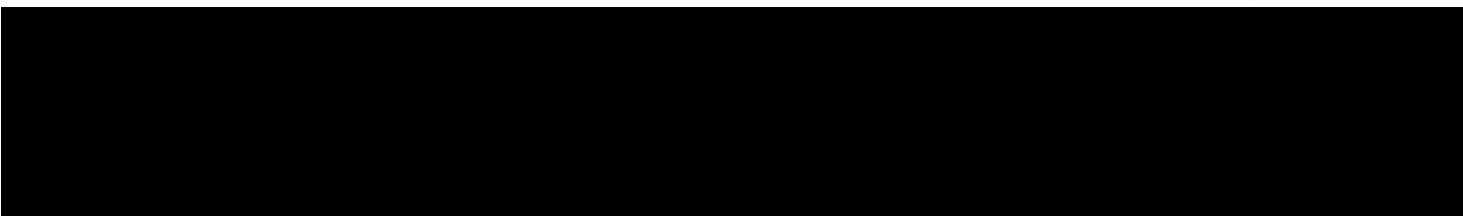
I.-INDIVIDUALIZACIÓN:



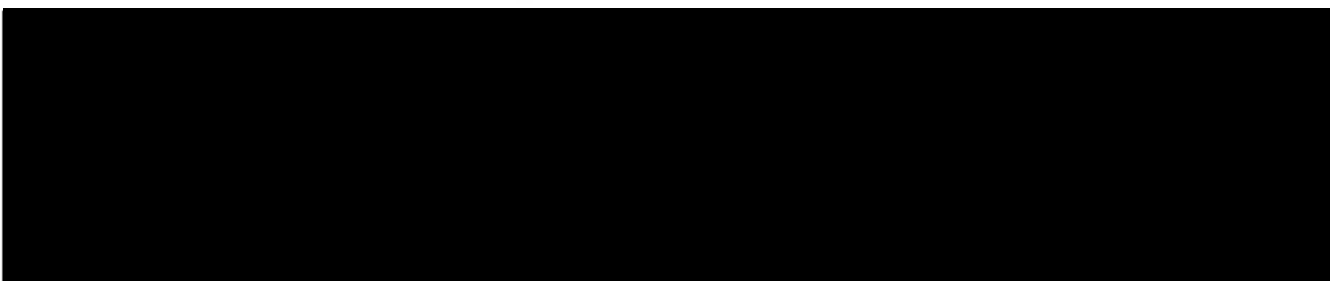
II. IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR



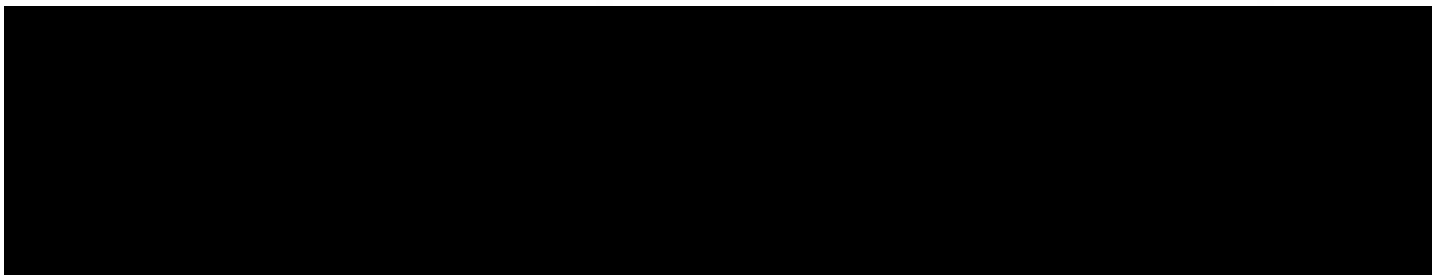
III. SITUACION HABITACIONAL



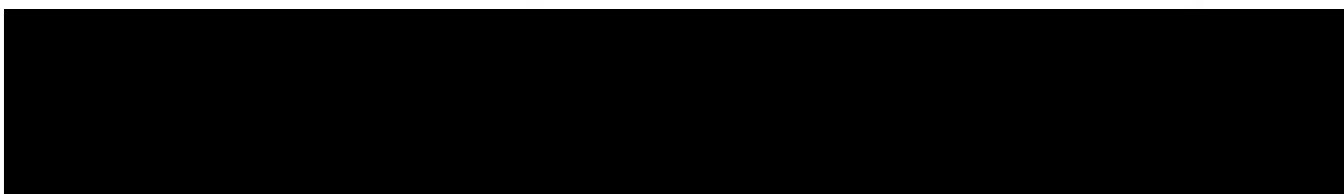
IV. SITUACION DE SALUD



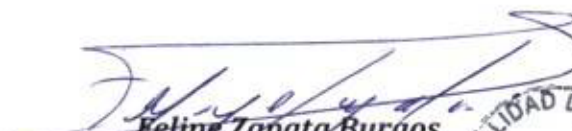
V. SITUACION ACTUAL Y ECONOMICA



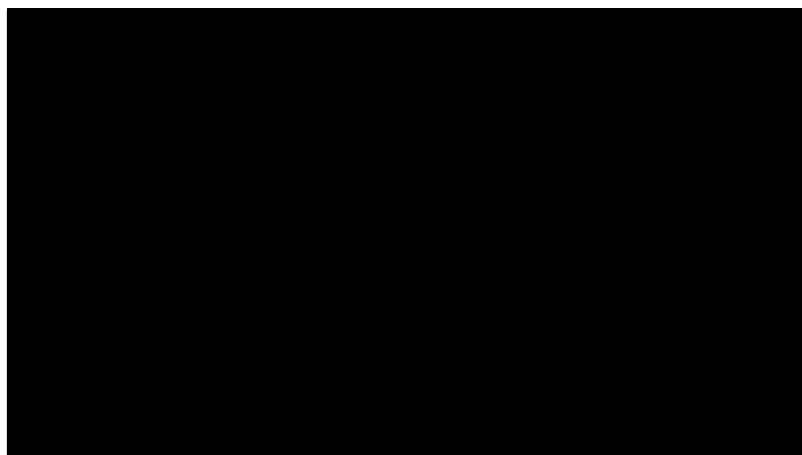
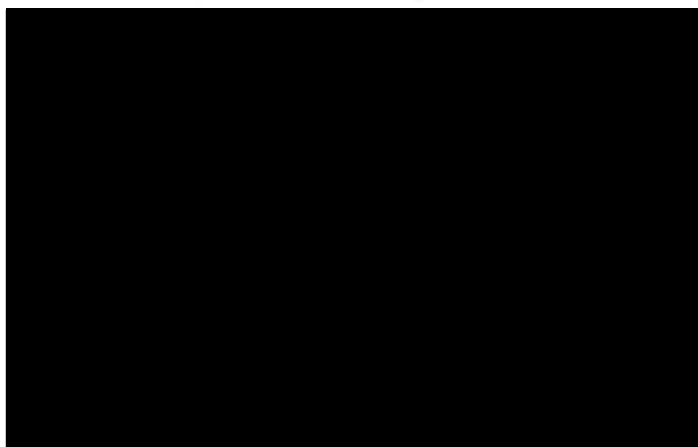
VI. OPINION PROFESIONAL

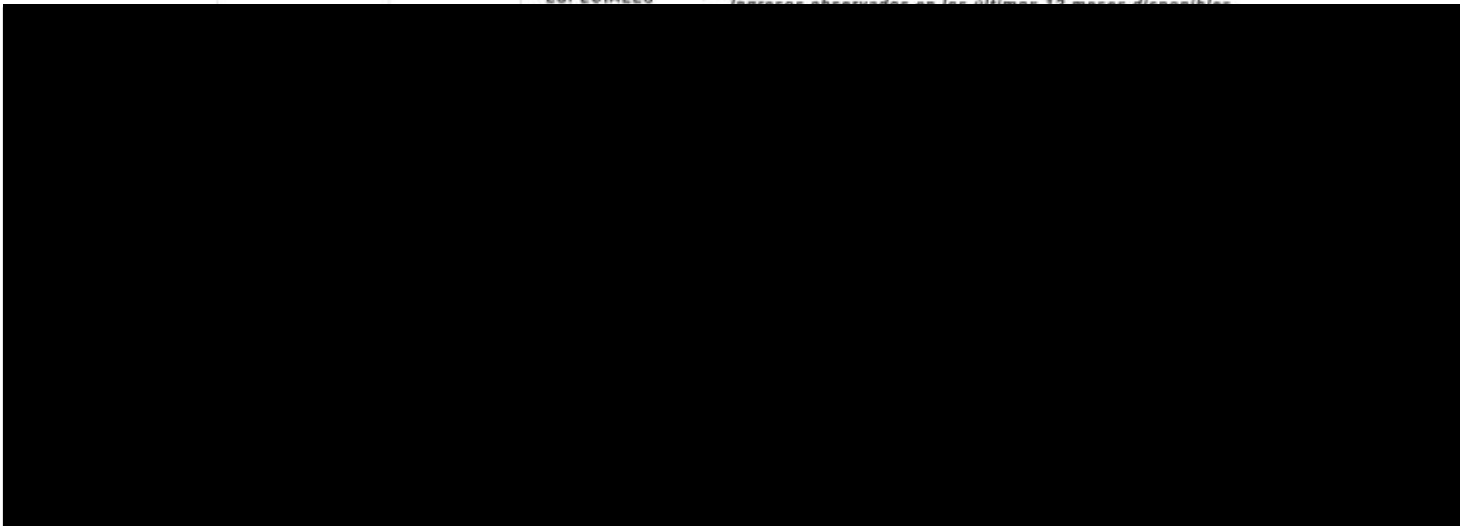
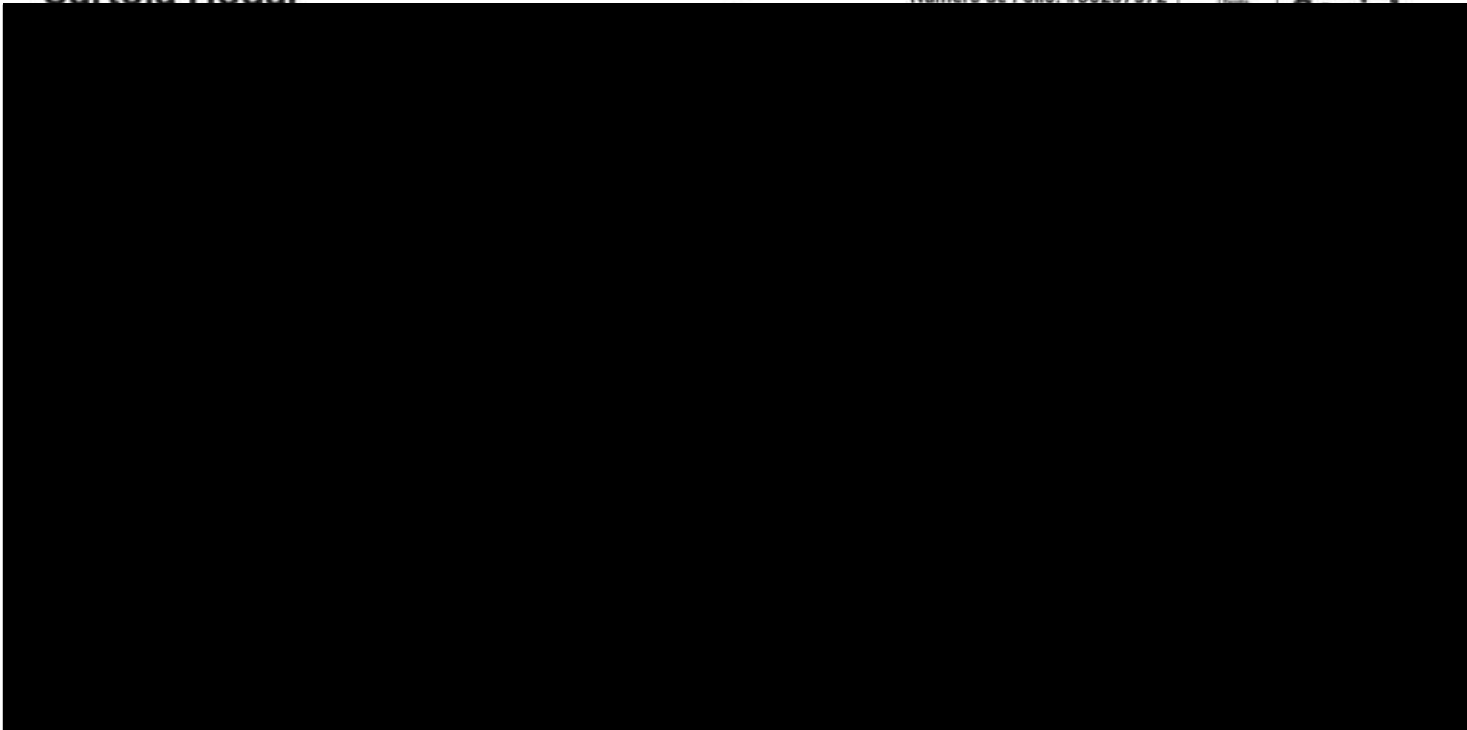


Sin otro particular, se despide cordialmente


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



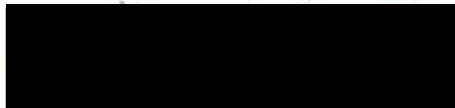
¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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.: 17.700.492-8
R.C.M.: 43702-6
Gral Hollev 2381, torre B, oficina 1501



Creatinina

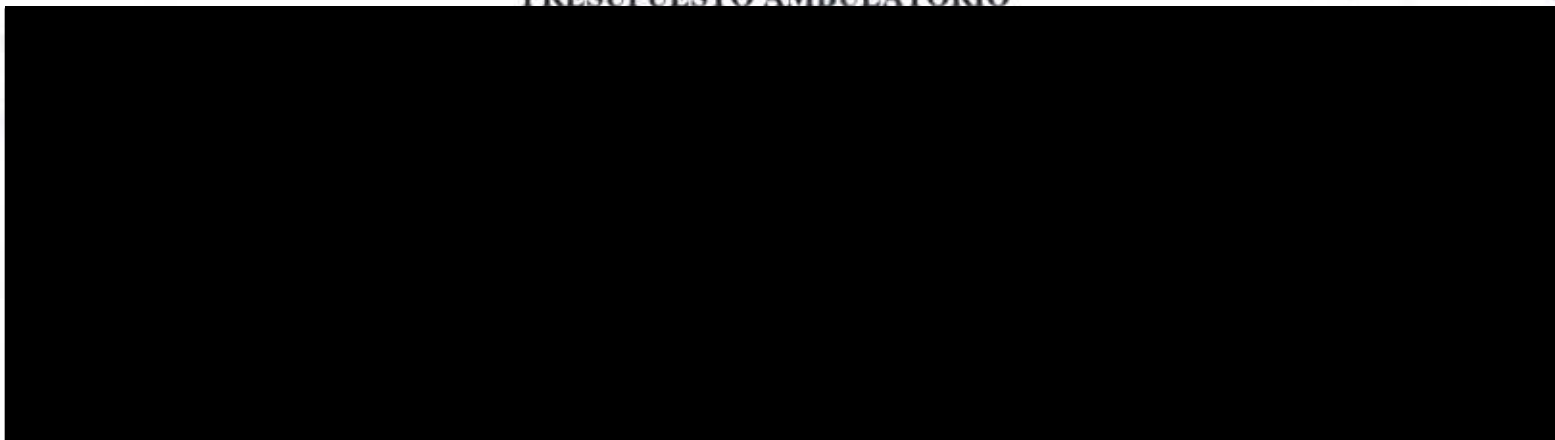


Dra. Sofía González Coulon
RUT 17.700.492-8
Médico Internista
ICM 43702-6

Firma Médico

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 05 | 01 | 25 |

PRESUPUESTO AMBULATORIO



+ 45.000 insumos aprox.

ALEJANDRA ACEVEDO COLLAO
NOMBRE DE FUNCIONARIO



| |
|-----------------|
| 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 |

DÍAZ NOVOA Y CIA. LTDA.
RUT: 78.250.410-4

IntegraMédica



PRESUPUESTO

INTEGRAMÉDICA S.A.
RUT: 76.098.454-K

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

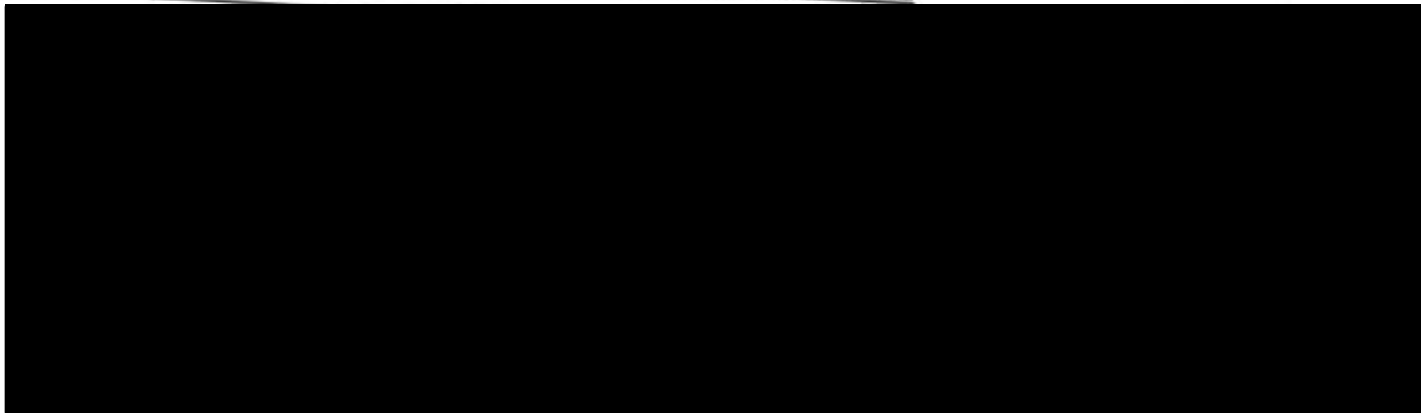
FIRMA:

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



CONCHALÍ

| | | |
|----|----|----|
| 23 | 06 | 25 |
|----|----|----|

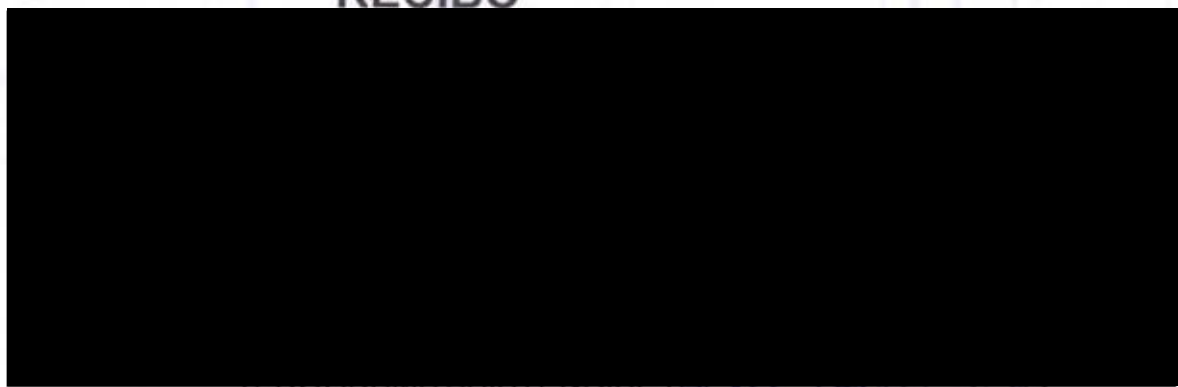
RECIBO

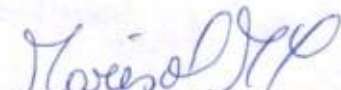
NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO




FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

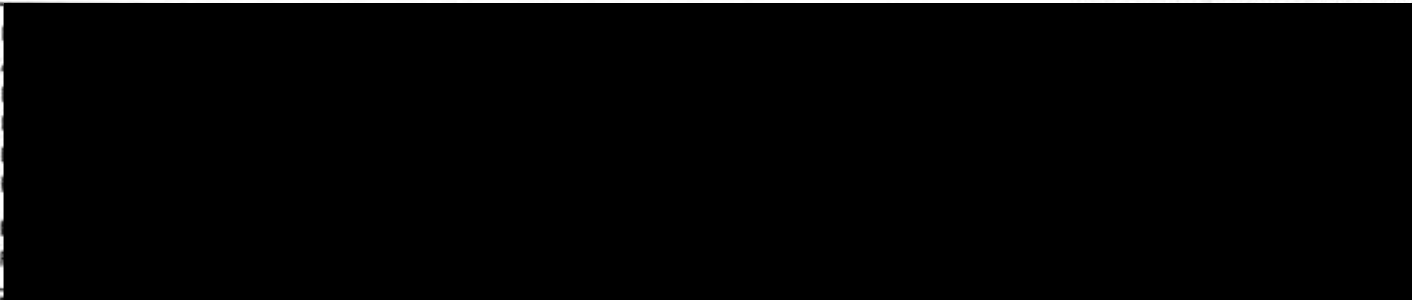


Convenio: 19874 - Integramedica Independencia

Fecha Emisión: 2025-06-23

Hora: 10:11:13

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN



| PRESTACION | | Valor | Bonificación Financiadore | Otra Bonificación* | Copago |
|------------|--|----------|------------------------------|-----------------------|----------|
| 0308063 | | \$29.560 | \$14.780 | \$0 | \$14.780 |
| Totales | | \$29.560 | \$14.780 | \$0 | \$14.780 |

A Pagar: \$ 14780

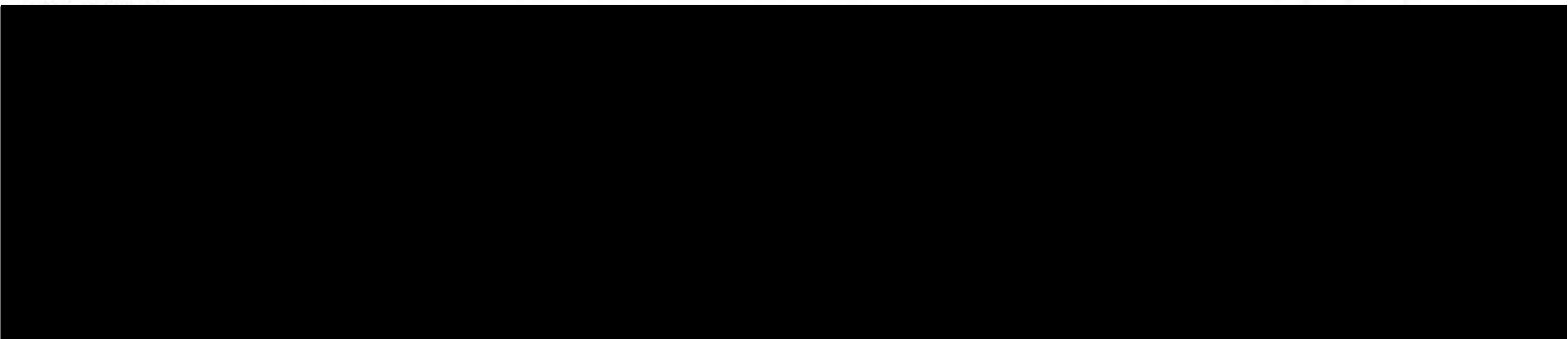
Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

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

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

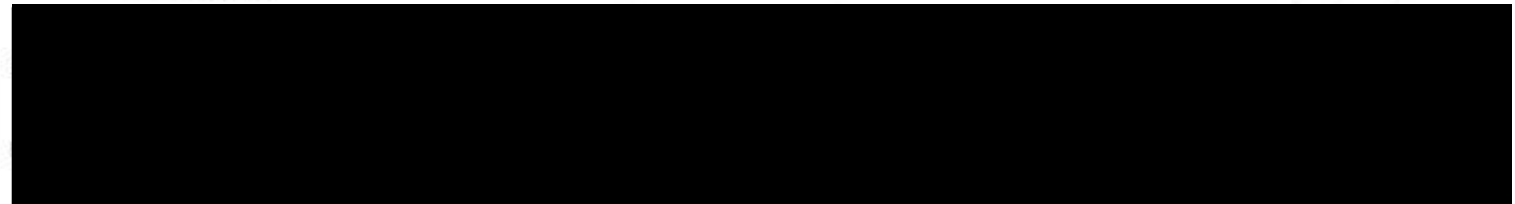
INTEGRAMEDICA S.A.
EXAMENES DE LABORATORIO
CANCELADO
RUT: 96986050-3



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



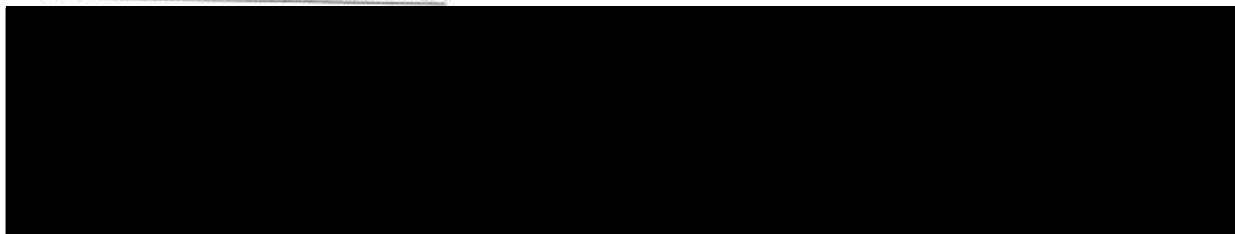
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 17 de abril 2025

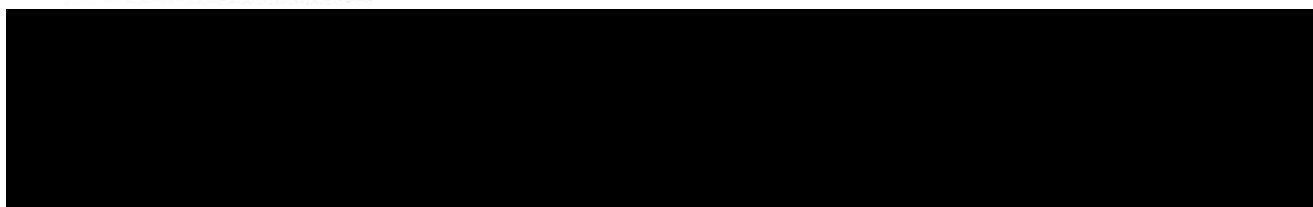
INFORME SOCIAL



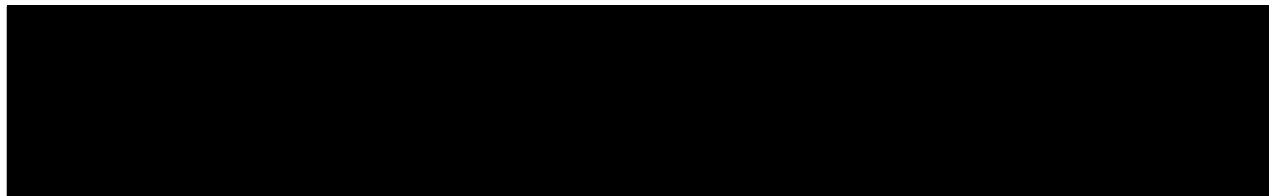
2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA



3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL

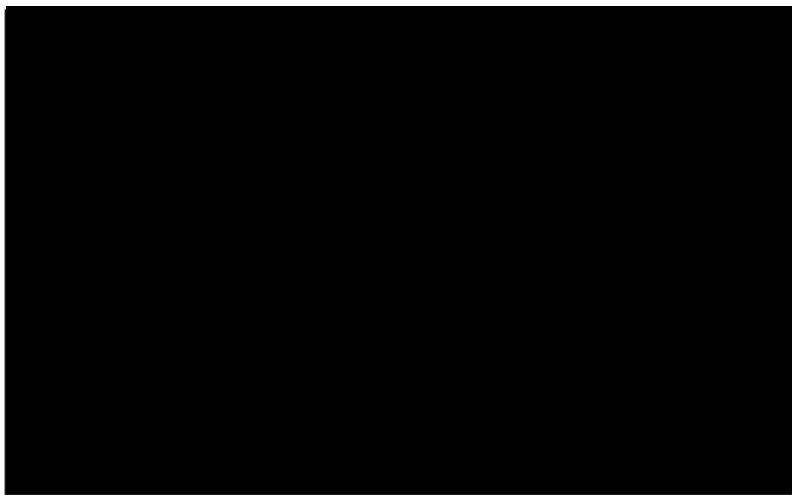




Denisse Rosas
DENISSE ROSAS RIEL
ASISTENTE SOCIAL

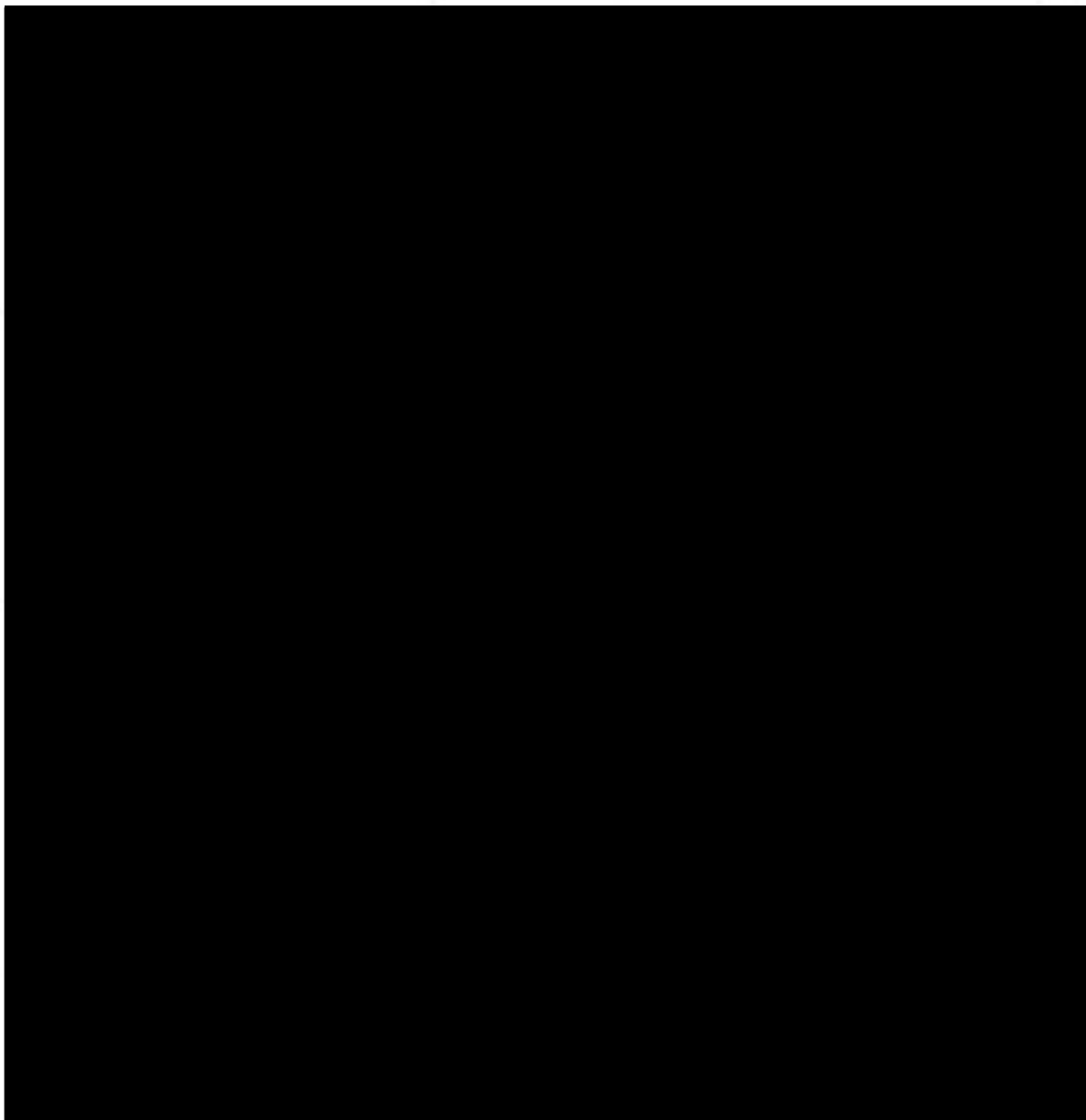


RTA



Santiago, 19 de Febrero, 2025

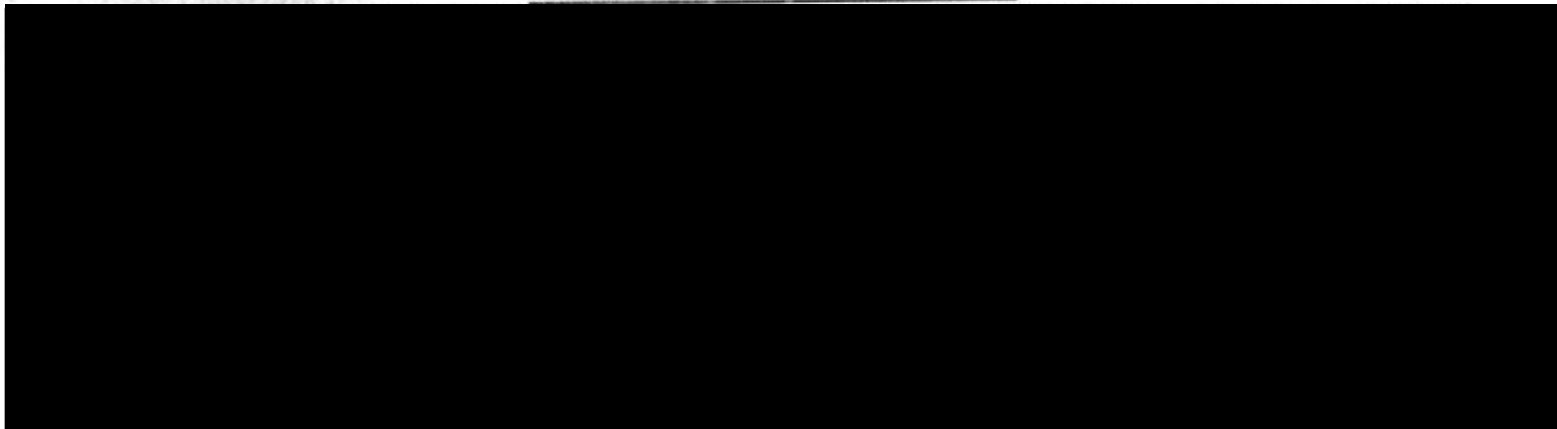
COTIZACION



Integramedica
Sucursal Norte

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

PRESUPUESTO AMBULATORIO



GERALDINE MARTINEZ ARANGUIZ
NOMBRE FUNCIONARIO



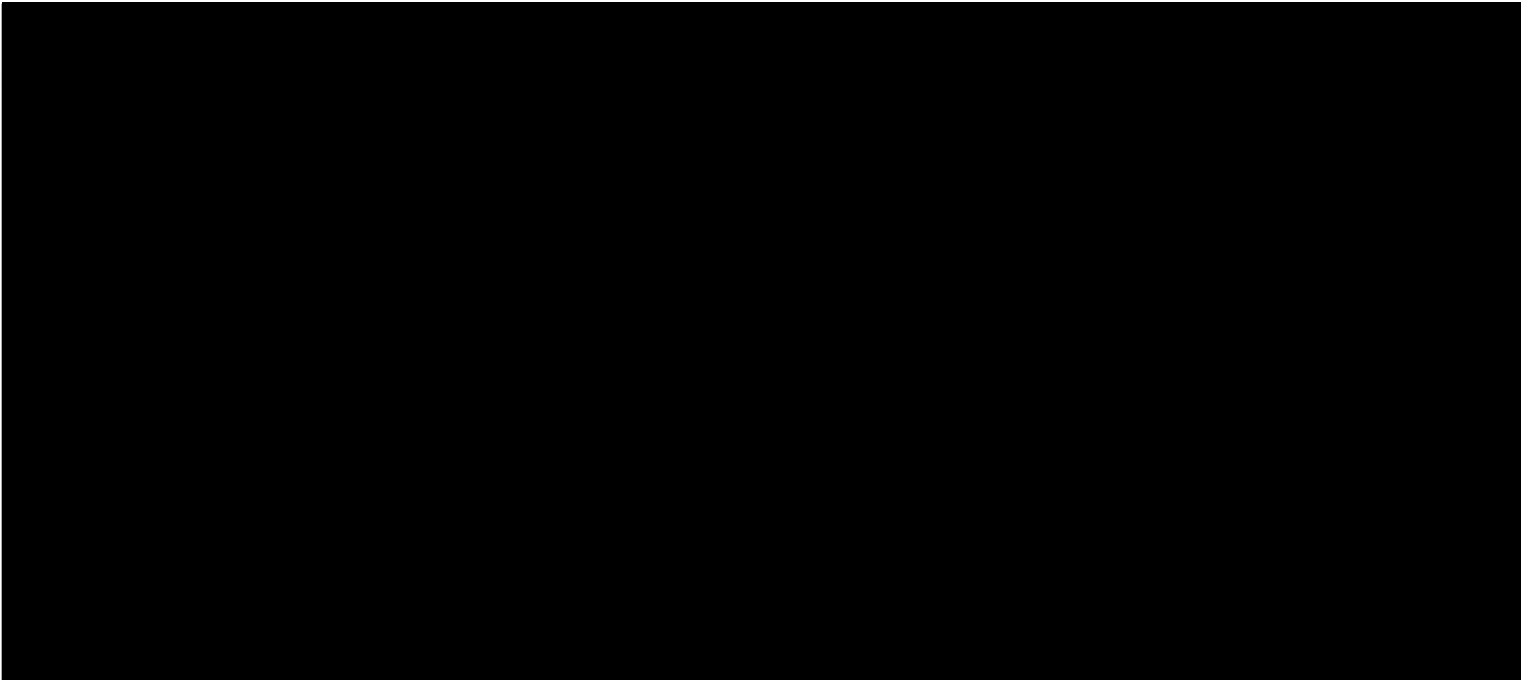
PRESUPUESTO AMBULATORIO



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

28/10/2013

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

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

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Denisse Rosas Piel

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 PIEL

FIRMA: *Denisse Rosas Piel*

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 |
|----|----|----|

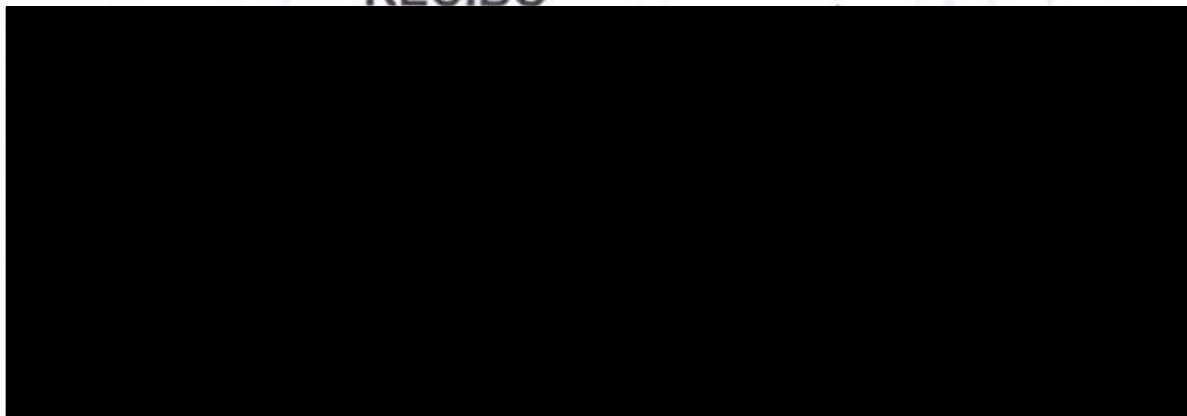
RECIBO

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

0005060040210



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

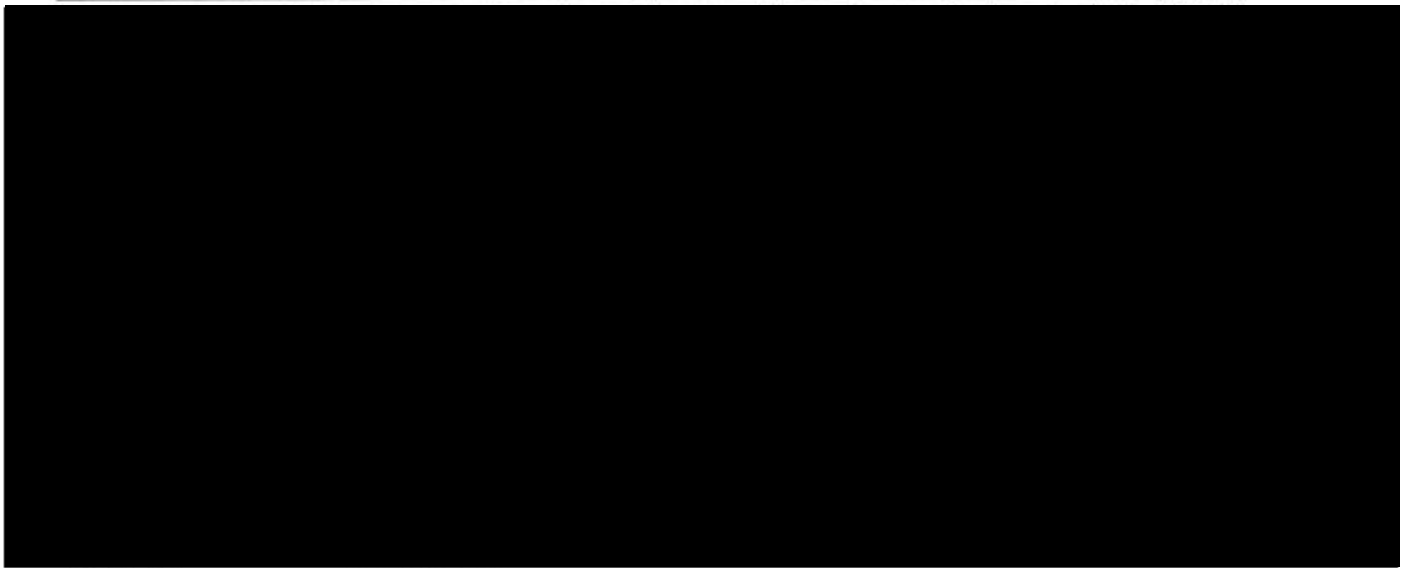




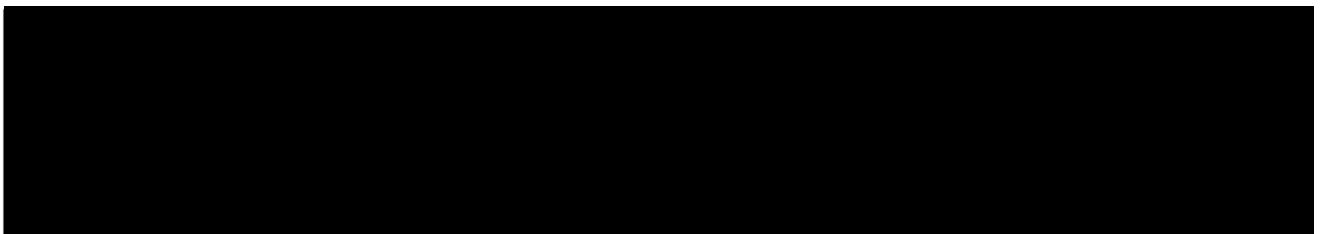
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 26 de febrero de 2025

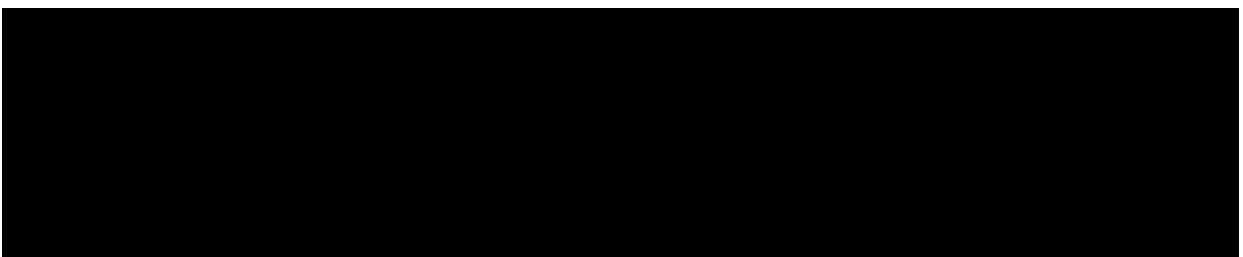
INFORME SOCIAL



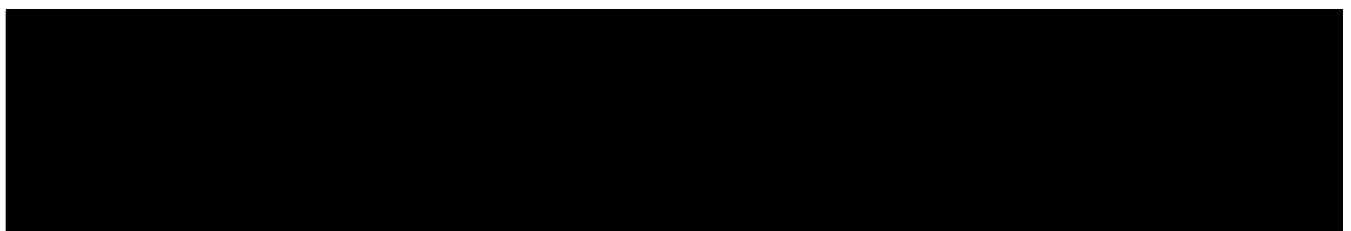
2.- GRUPO FAMILIAR



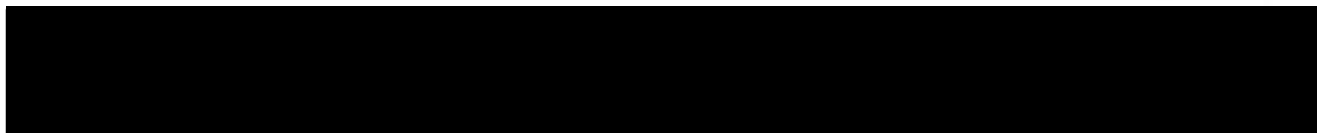
3.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA



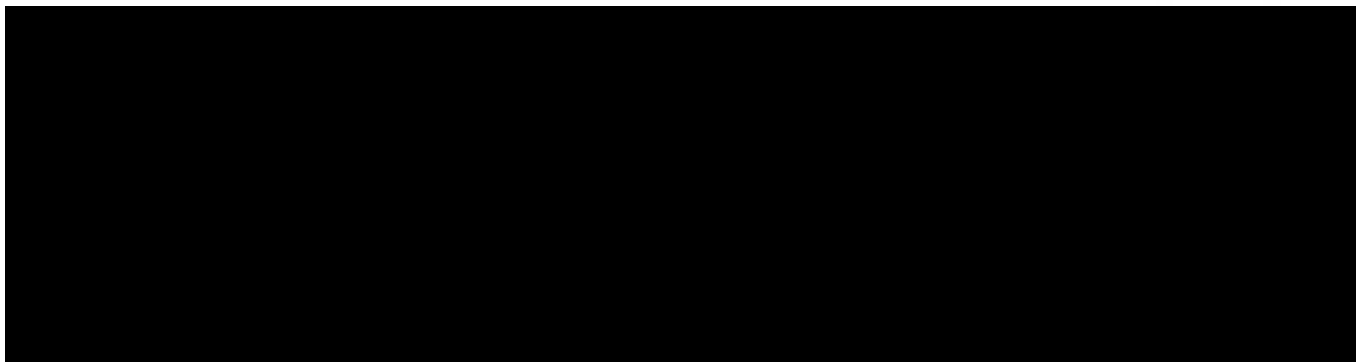
3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL



5.- OPINIÓN PROFESIONAL



Fernanda Guijuelos Sanhueza /

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.

228286534 / fguijuelos@conchali.cl





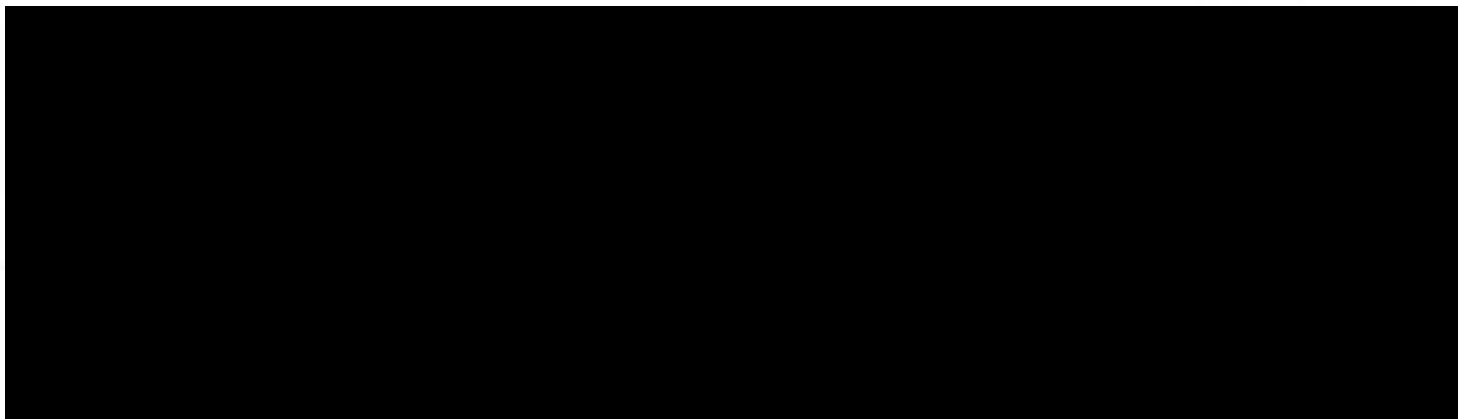
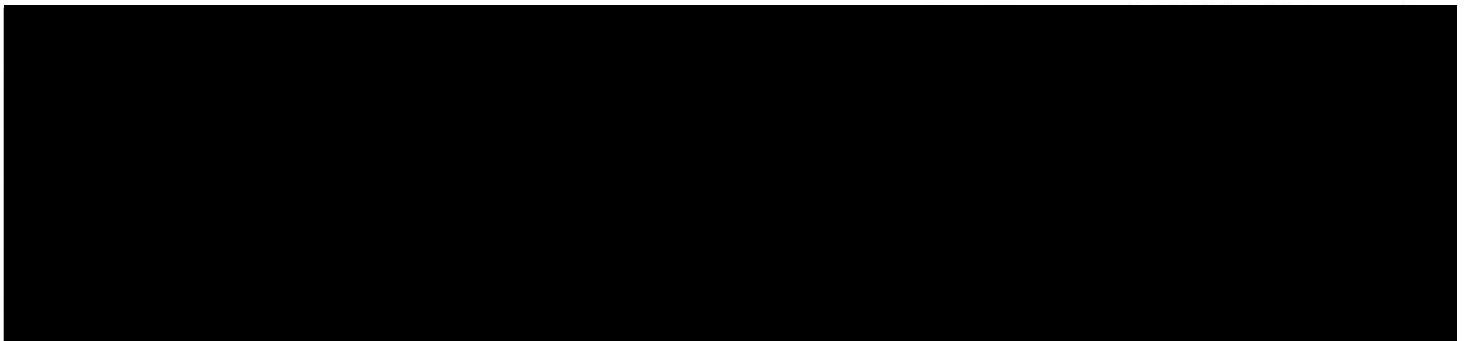
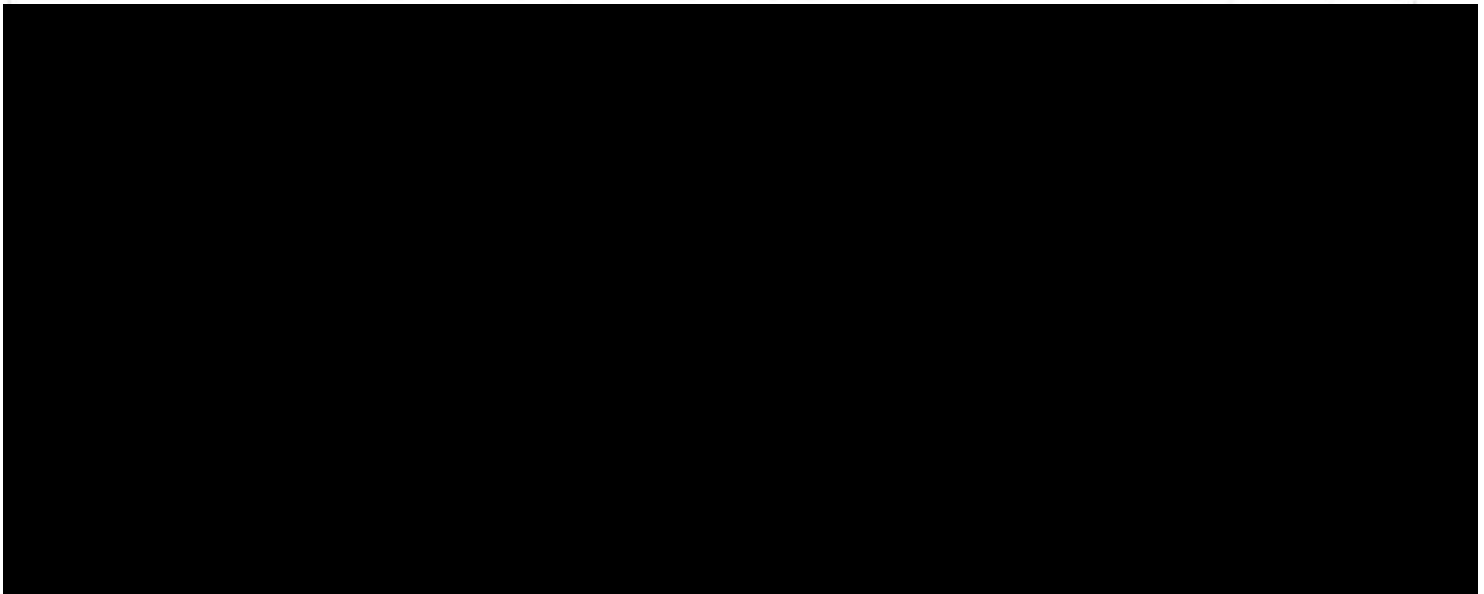
Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #43410144

Fecha Confirmación Ciudadano: 09/07/2015

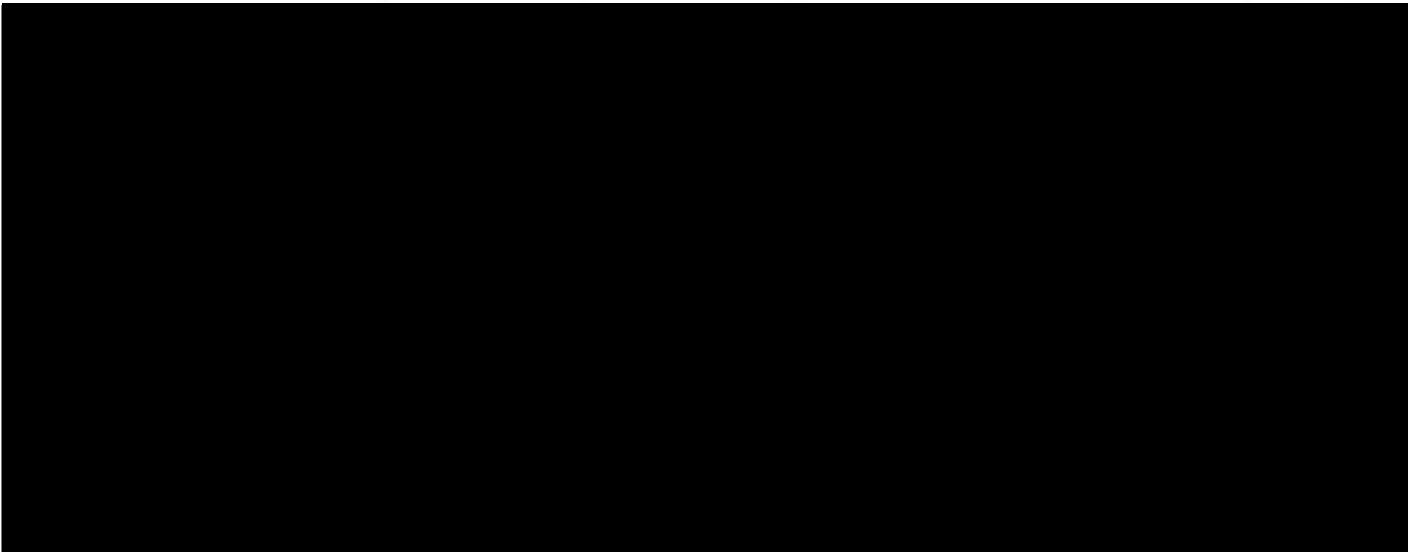
Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 11 de FEBRERO de 2025 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Marzo 2025



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
N° C. Médico:

Gen001cg

INFORME DE PRESUPUESTO

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

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 ~~561.241~~

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 Nº

| | | | |
|--|------------------|-------------------|---------|
| 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 | CIUDAD |

PROFESIONAL TRATANTE

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

| | | | |
|---|--|---|----------|
| RECARGO | SI <input type="checkbox"/> NIVEL 1ER CIRUJANO | NO <input type="checkbox"/> NIVEL ANESTESISTA | |
| PRESTACIÓN | % COBRO | % PAB. | % ANEST. |
| 1801001 | 100% | 10% | |
| 1801006 | 100% | 10% | |
| ITEM | DESCRIPCIÓN | R.U.T. | |
| 1 | 1ER CIRUJANO | 96631-140-1 | |
| 2 | ANEST. (MISMO 1ER CIR.) | - | |
| 3 | ANEST. (OTRO PROFES.) | - | |
| 4 | 2DO CIRUJANO | - | |
| 5 | 3ER CIRUJANO | - | |
| 6 | 4TO CIRUJANO | - | |
| 7 | 5TO CIRUJANO | - | |
| 8 | PABELLÓN | 96631-140-1 | |
| ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. MEDICINA | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. CIRUGÍA | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGÍA | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRÍA | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLOGICO | | | |
| <input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA | | | |
| <input type="checkbox"/> 7. OTROS | | | |

OTRAS PRESTACIONES

| | | | | | |
|----|----------------------|-------|-----|------------|---------------|
| Nº | CÓDIGO DE PRESTACIÓN | CANT. | UOB | PRESTACIÓN | RUT PRESTADOR |
| | | | | | 96631-140-1 |
| | | | | | 96631-140-1 |
| | | | | | 96631-140-1 |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |

DIFERENCIAS AUTORIZADAS

| | |
|--|------------------|
| DIFERENCIA POR DÍAS CAMA | \$ |
| DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLÓN | \$ 142000 - 6000 |
| DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLÍNICOS | \$ 100000 - 5000 |
| DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS | \$ 80000 - 4000 |
| TOTAL | \$ |

HONORARIOS PARTICULARES

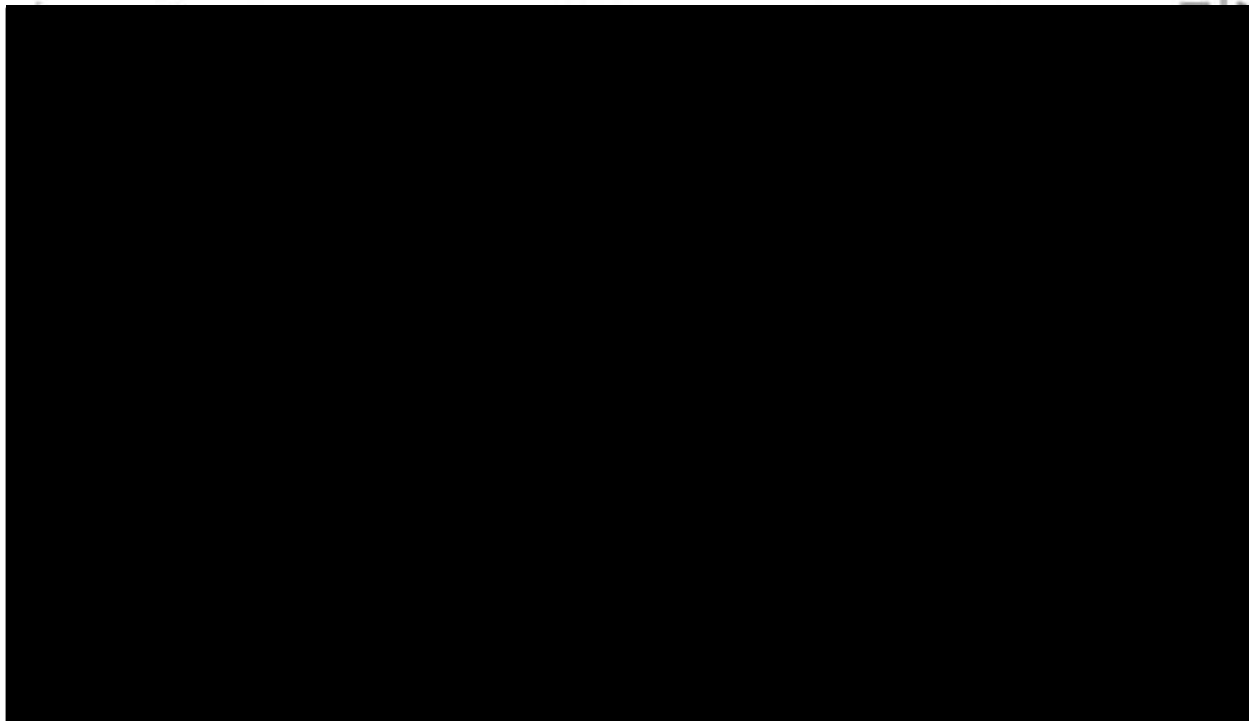
| | |
|---|----|
| HONORARIOS (SÓLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD) | |
| EQUIPO MÉDICO | \$ |
| ARSENALERA | \$ |
| ANESTESISTA | \$ |
| MATRONA | \$ |
| PEDIATRA | \$ |
| TOTAL | \$ |

FUNDAMENTO

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

Presupuesto AMBULATORIO

Dávila *



| INHABIL (\$) |
|----------------|
| 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 REALIZARSE 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



Red de Salud
UC • CHRISTUS



PRESUPUESTO AMBULATORIO

Centro atención: CENTRO MEDICO MARCOLETA

N° de Presupuesto : 960005

Centro emisión CENTRO MEDICO MARCOLETA

Fecha emisión: 21.02.2025

Fecha Vigencia 08.03.2025

.cl

| | |
|------------------------------|-------------|
| RUT: 76754097-3 | |
| Valor Unitario | Valor Total |
| 270.780 | 270.780 |
| TOTAL POR TIPO DE PRESTACION | |
| 270.780 | |

| | |
|-----------------|-------------|
| RUT: 76754097-3 | |
| Valor Unitario | Valor Total |
| 83.380 | 83.380 |
| ESTACION | |
| 83.380 | |

| | |
|-----------------|-------------|
| RUT: 99573490-7 | |
| Valor Unitario | Valor Total |
| 28.372 | 28.372 |
| ESTACION | |
| 28.372 | |
| 382.532 | |

360000



Red de Salud
UC • CHRISTUS



PRESUPUESTO AMBULATORIO

Centro atención: CENTRO MEDICO MARCOLETA

N° de Presupuesto : 960004

Centro emisión CENTRO MEDICO MARCOLETA

Fecha emisión: 21.02.2025

Fecha Vigencia 08.03.2025

Nombre Paciente - - PRESUPUESTO
Teléfono/Celular 226767000
Previsión FONASA
Tipo Contrato FONASA
Servicio PROCEDIMIENTOS

Rut 2-7
Correo notiene@notiene.cl
Rut Médico
Nombre Médico

Detalle de Presupuesto

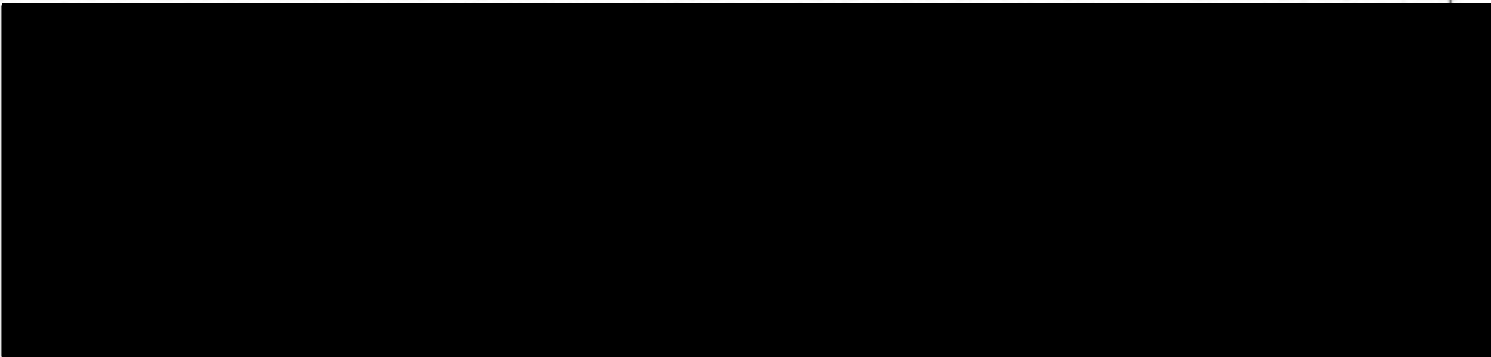
| | |
|-----------------|-------------|
| RUT: 99573490-7 | |
| Valor Unitario | Valor Total |
| 0 | 0 |
| 33.970 | 33.970 |
| 23.390 | 23.390 |
| TACION | 57.360 |

| |
|-------------|
| 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:

Jenise Margot Rojas del

FIRMA:

Jenise 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 |
|----|----|----|

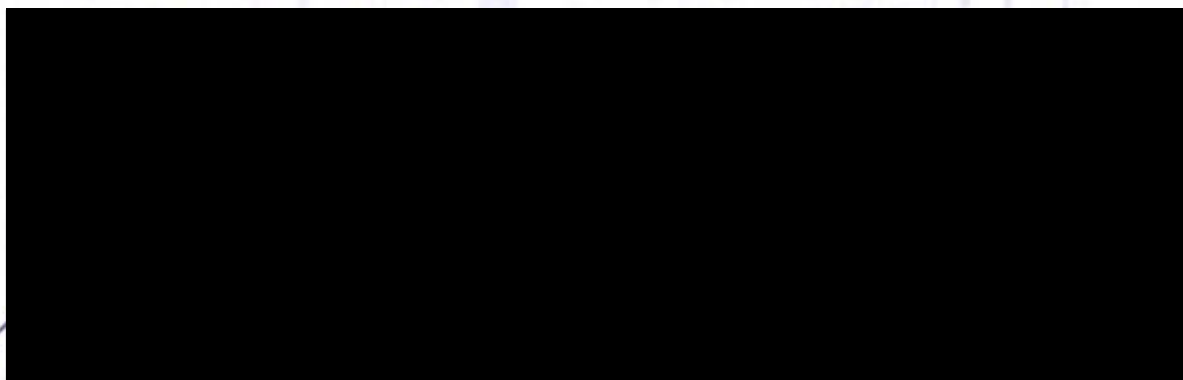
RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO



FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

JEFE
DEPTO.
ASIST. SOCIAL
CONCHALÍ

23/6/25 11:19



RUT: 77926760-1

Boleta Electrónica

Nº: 195895

Santiago, Chile

23/06/2025 11:18:41

OTEC (Sociedad Anónima) RUT: 77926760-1

de Chile

C.R. 00000000

Capital

100.000.000,00

Servido por: Fernando Arce, RUT: 77926760-1

803

Bomba de aspiración \$ 159.900

portable con batería 7E-G -

Yuwell

1,00 Unidades x \$ 159.900 / Unidades

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

NS 5241200692

TOTAL \$ 159.900

Efectivo Santa Magdalena \$ 159.900

CAMBIO \$ 0

| Impuestos | Importe | Base | Total |
|-----------|---------|---------|------------|
| 19% | 29.545 | 134.445 | \$ 159.900 |



Tienda Electrónica

RUT: 77926760-1

de Chile

Señor Fernando Arce, RUT: 77926760-1

Gracias por su compra.

Derecho a la devolución de dinero

online, dentro de 10 días desde la

recepción del producto, sellado y

embalaje original.

No contamos con garantía de satisfacción.

para más información visite nuestra página

web: www.otec.cl

Correo: ventas@otec.cl

Teléfono: 022-444-444

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 (DIDECO)
Ilustre Municipalidad de Conchalí

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: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



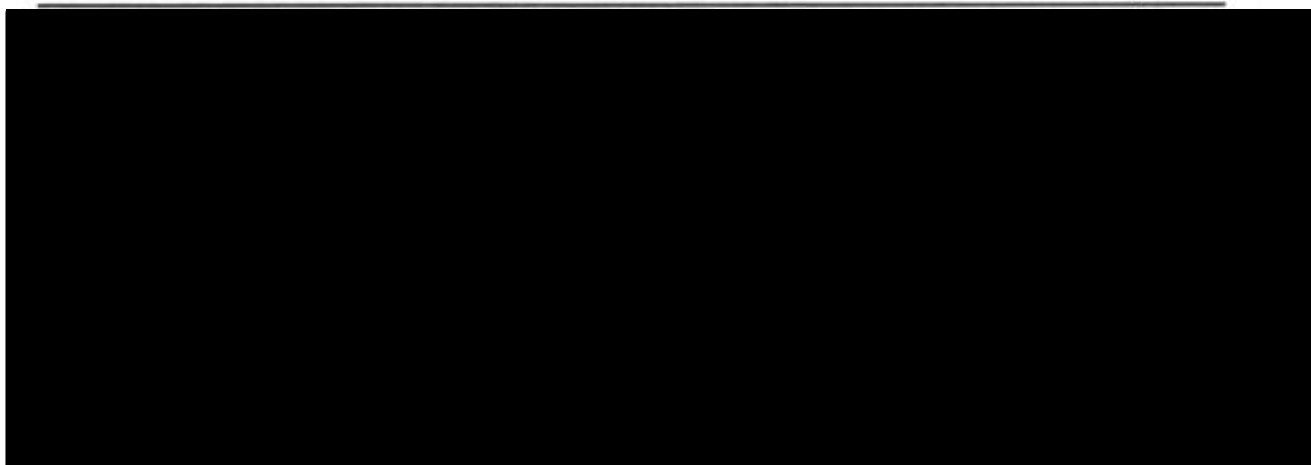
Marcia Cuevas Vivians
Departamento de Contabilidad y Presupuesto
Dirección de Rentas Municipales
22 828 63 30
Avda. Dorsal #1904



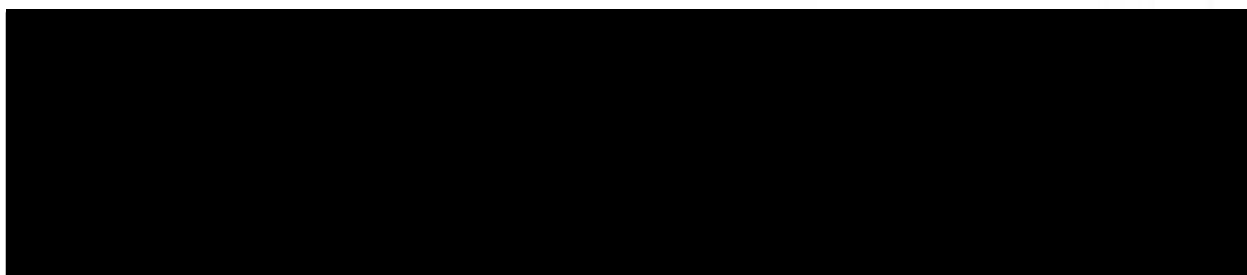
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 03 de Abril 2025

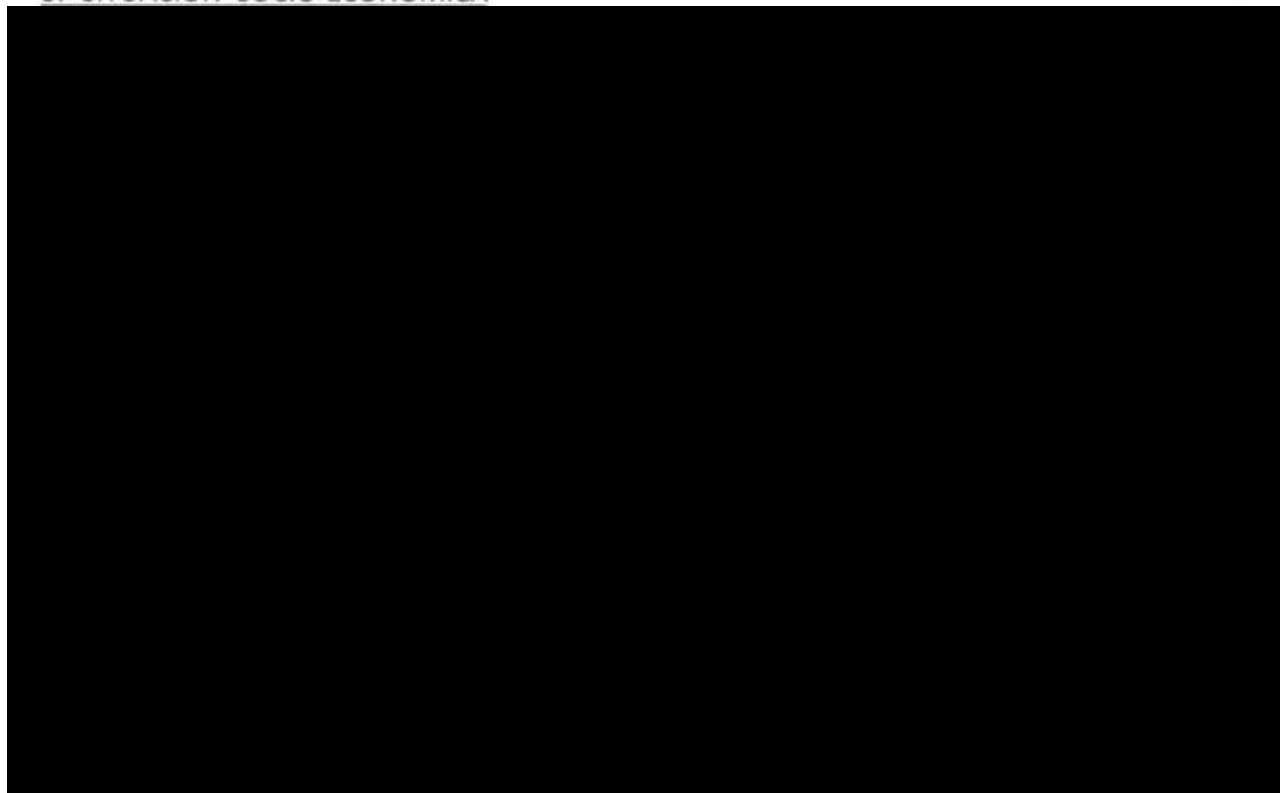
INFORME SOCIAL



2.- GRUPO FAMILIAR



3.- SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA



4.- SITUACIÓN DE SALUD

[Redacted content]

5.-SITUACIÓN HABITACIONAL

[Redacted content]

6.- OPINION PROFESIONAL

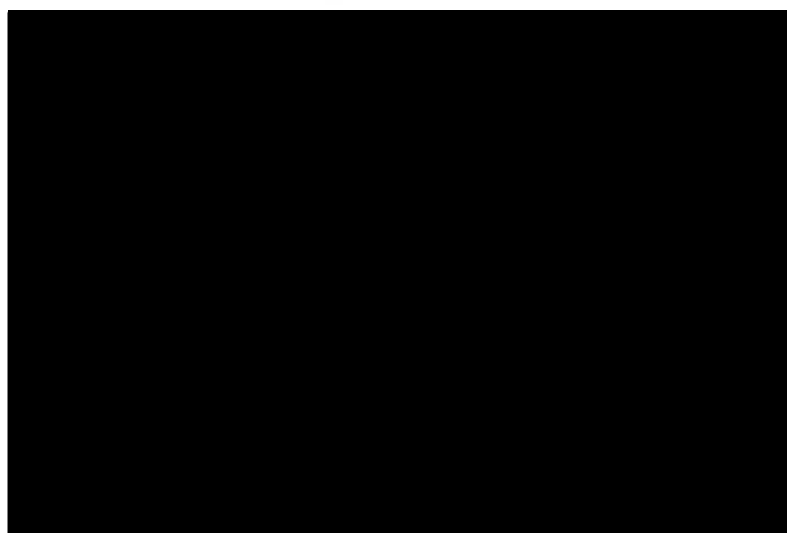
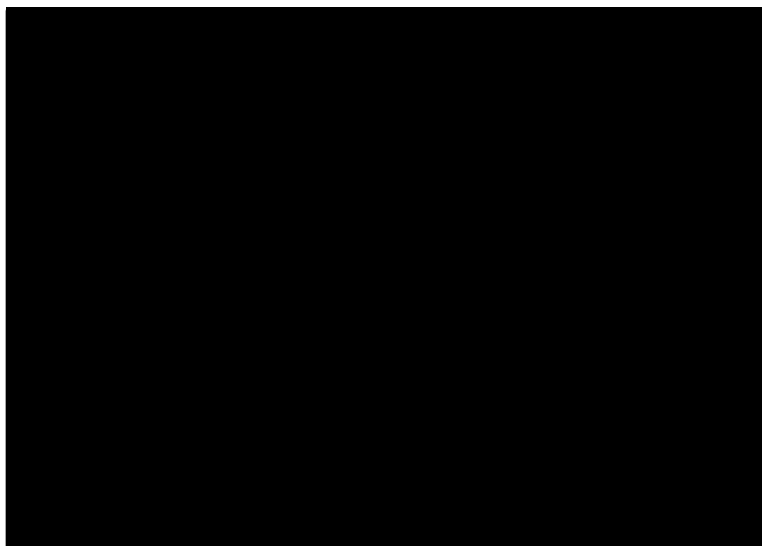
[Redacted content]

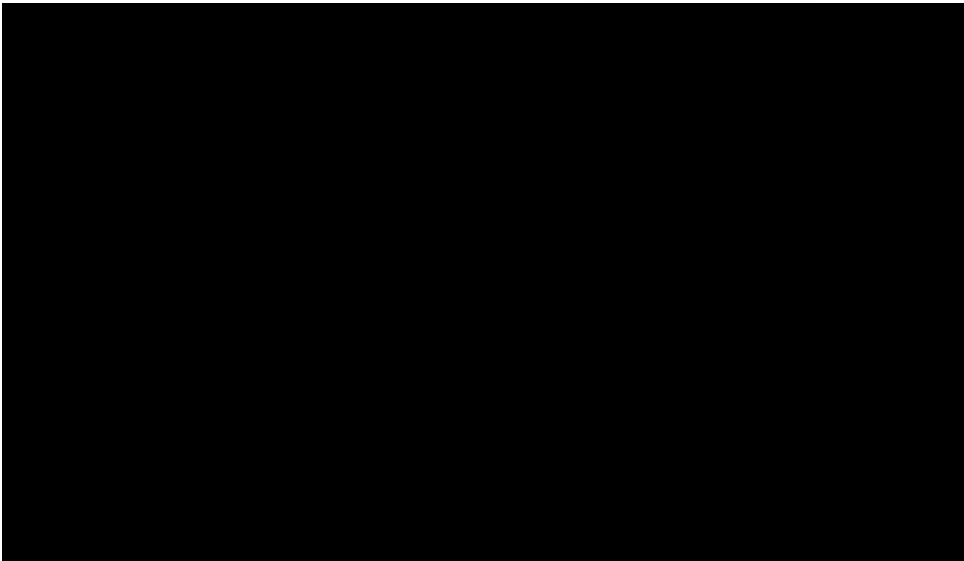
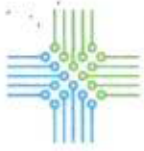
Es cuanto puedo informar, Atte.



FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.

228286534 / fguijuelos@conchali.cl





| | | | | Desc | Monto Neto |
|-----------------------------|---|-----|--|----------|------------|
| | | | | 0% | \$142.773 |
| 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.cl

Términos Generales de Venta: <https://medicaltec.cl/garantia-online/>



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

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

COTIZACION
N° 20187915

| | | | |
|-----------------|--|----------------|-------------------------------|
| SR./ ORGANISMO: | | FECHA EMISIÓN: | 18/02/2025 |
| RUT: | | CONTACTO: | Sandra González Muñoz |
| GIRO: | | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | | MAIL: | SANDRA.GONZALEZM2013@GMAIL.CC |
| COMUNA: | | | |

| 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.gonzalez2013@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 CONCHALI –
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:

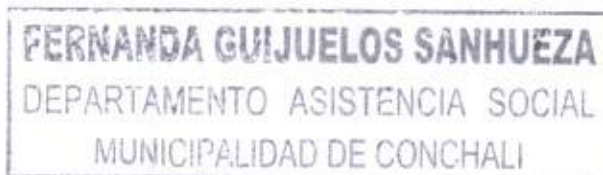
1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro 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

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

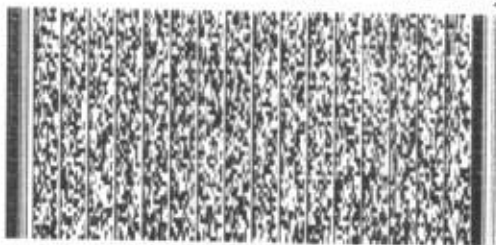
Dirección: Santa Monica 2278

Santiago Santiago, Fono:

| Cod. | Descripción | Precio | Cant. | Des. | Total |
|------|----------------|--------|-------|------|--------|
| 0127 | Pasta Stomah | 10.700 | 1,00 | 0 | 10.700 |
| 0171 | Placa Plana 7C | 5.300 | 9,00 | 0 | 47.700 |
| 0175 | Bolsa Ab.-70+ | 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

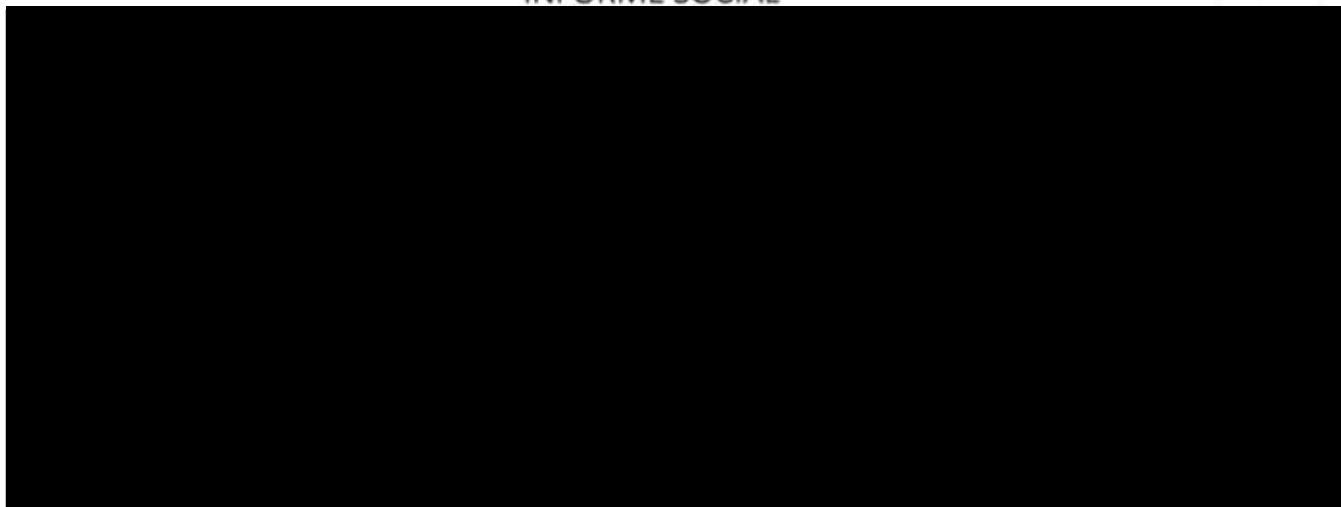
Verifique documento ww.sii.cl - Documento creado



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 14 de abril, 2025.

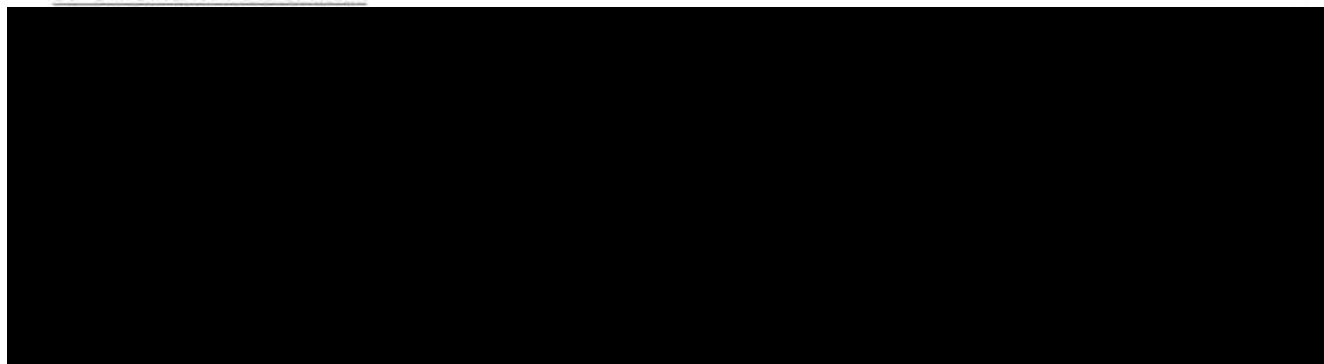
INFORME SOCIAL



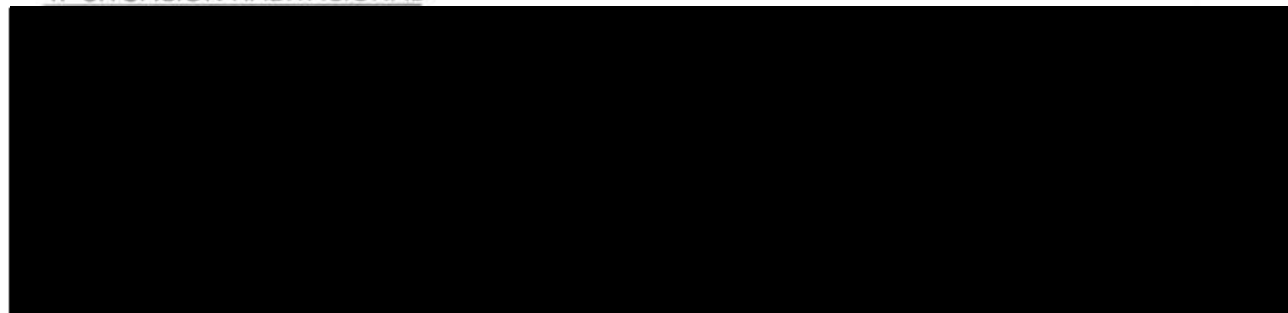
2.- GRUPO FAMILIAR



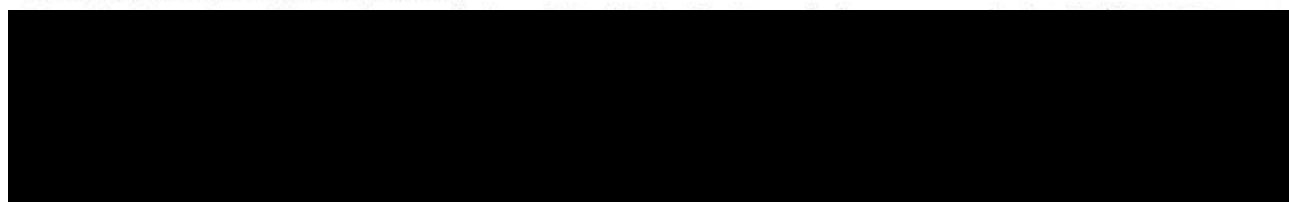
3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.- SITUACIÓN HABITACIONAL



5.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

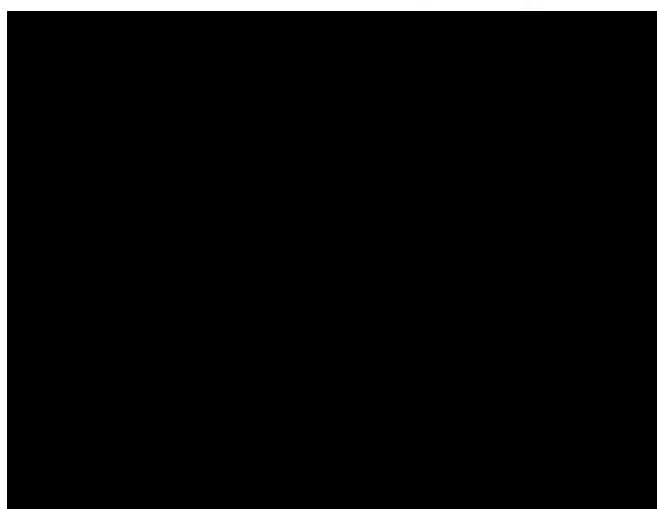
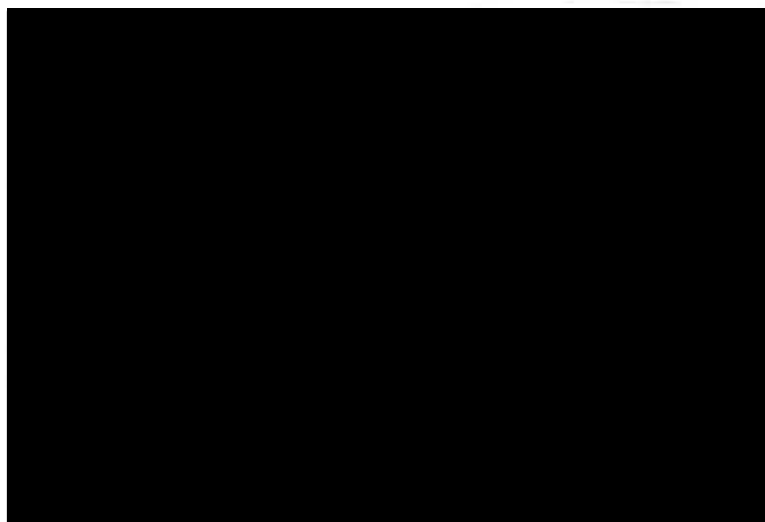
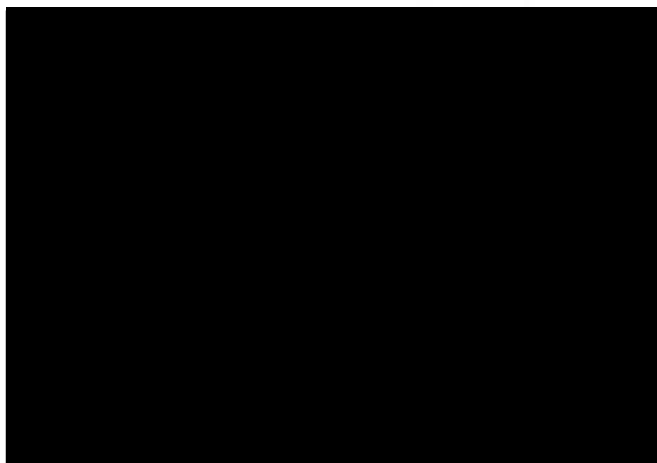
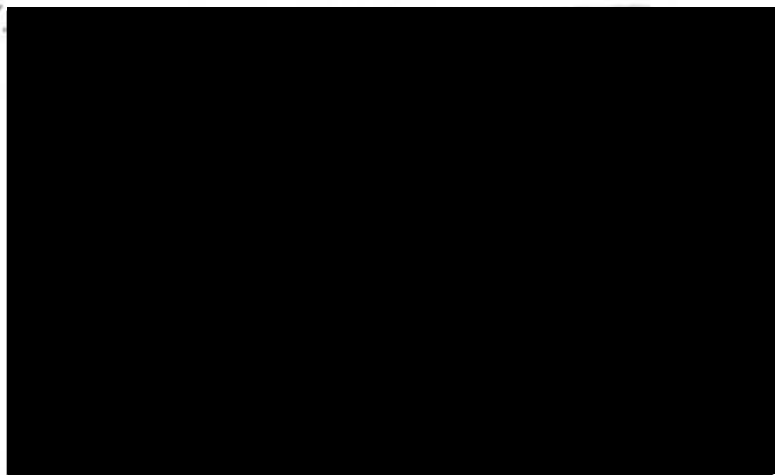


6.- OPINIÓN PROFESIONAL

Es cuanto puedo informar, Atte.



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





¿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?

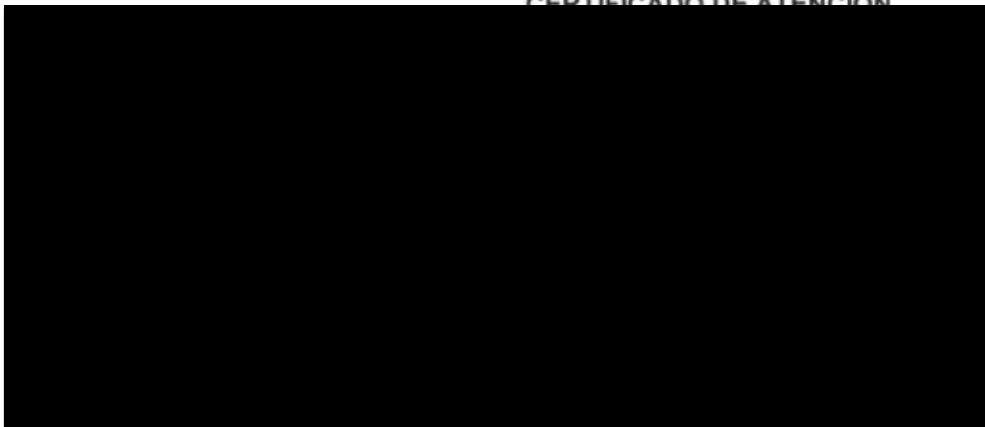
Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registrosocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

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

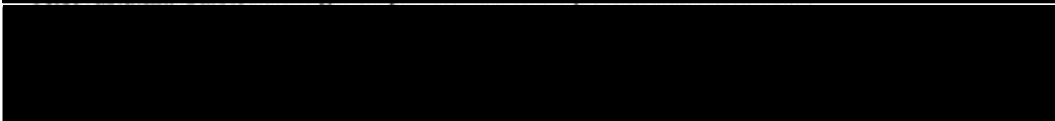
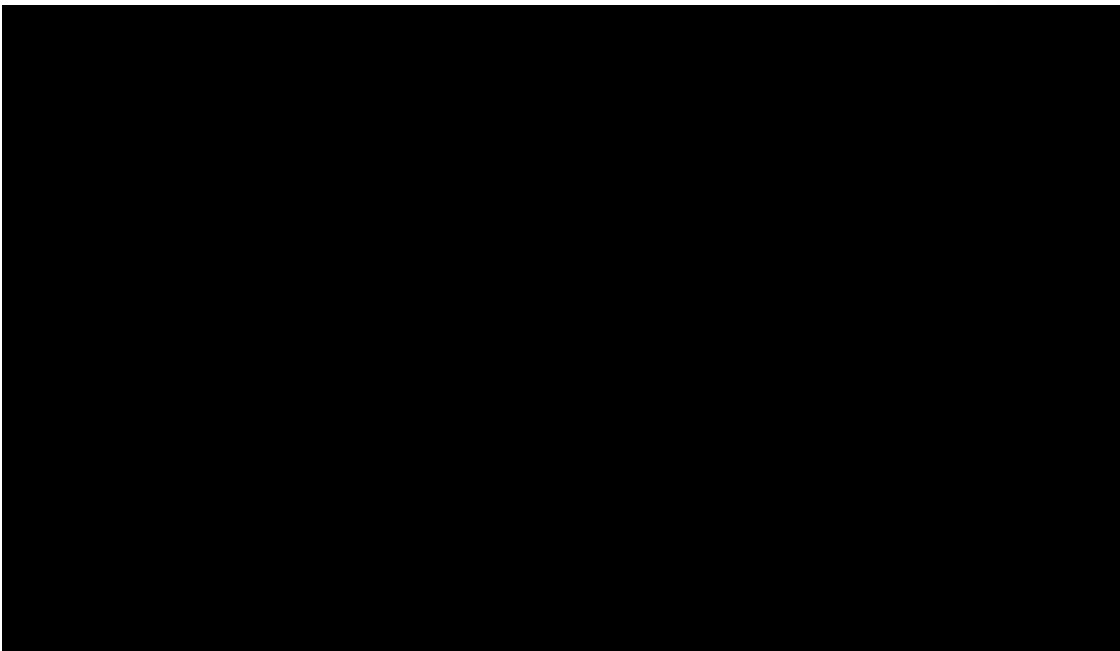
Fecha : 22-03-2025
11:26:49

N° 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. S.S. 780183

COTIZACIÓN N°: 33



ARTÍCULOS MÉDICOS PUNTOSALUD 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): | | FECHA EMISIÓN: | 10/04/2025 |
| RUT: | | | |
| GIRO: | | | |
| DIRECCIÓN: | | | |
| COMUNA: | | | |
| CONTACTO: | | | |

| | 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

CERTIFICADO

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 cómo 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

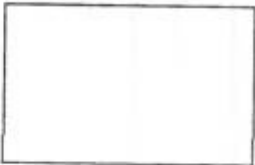
VITALSALUD LIMITADA

RUT: 76.414.057-5

GIRO : VENTA DE ARTICULOS E INSUMOS MEDICOS

DIRECCION : TEATINOS 690 LOC. 1 , Santiago

TELEFONO : 936625575



COLECCION N° 305
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. |
|--|---|-------|-------|----------|-------------|-------|
| | | 1 | 0 | | | |
| | D | 1 | 0 | | | |

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Denisse Rosas Piel

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.

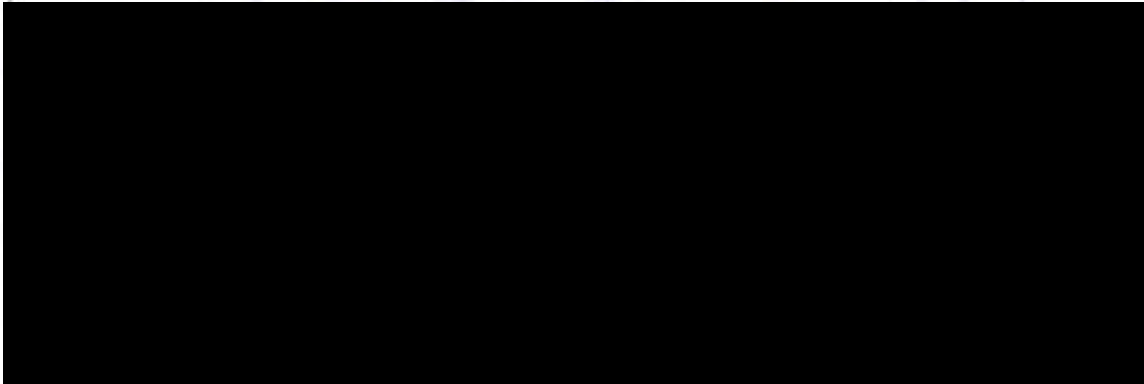
RECIBO

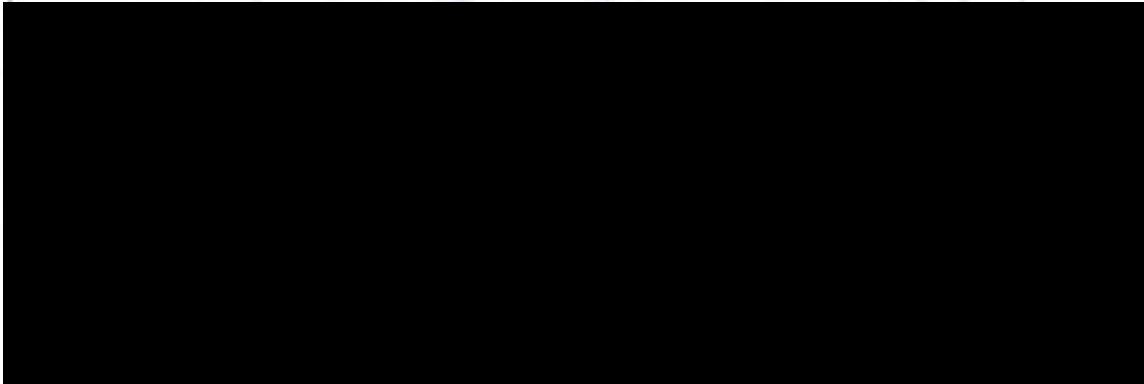
NOMBRE

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

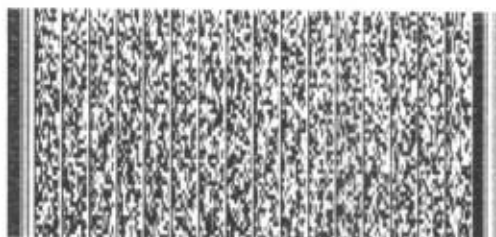
Dirección: Santa Monica 2278

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 ww.sii.cl - Documento creado

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 content]

II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

[Redacted content]

III. SITUACIÓN HABITACIONAL

[Redacted content]

IV. SITUACIÓN DE SALUD

[Redacted content]

V. SITUACIÓN ACTUAL Y ECONÓMICA

[Redacted content]

[Redacted content]

VI. OPINION PROFESIONAL

[Redacted content]

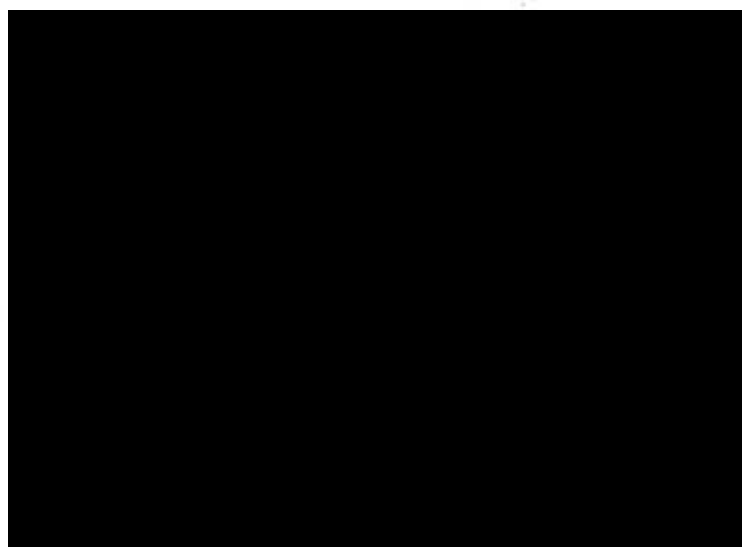
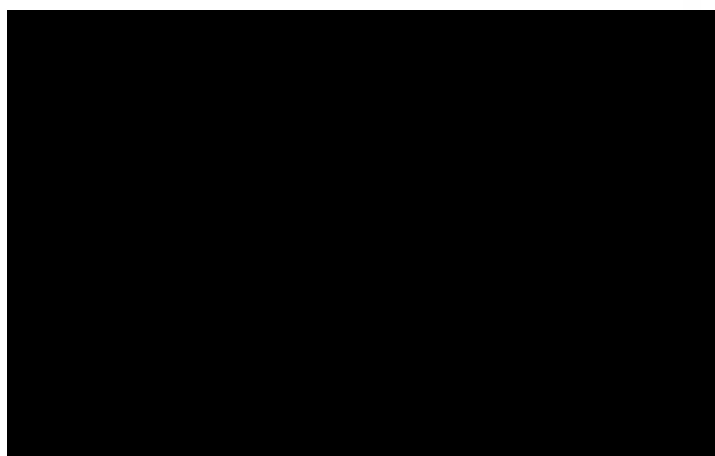
CONCHALÍ, 23 DE ABRIL, 2025

Es cuanto puedo informar, Atte.


Denisse Rosas Piel
Trabajadora Social
Municipalidad de Conchalí

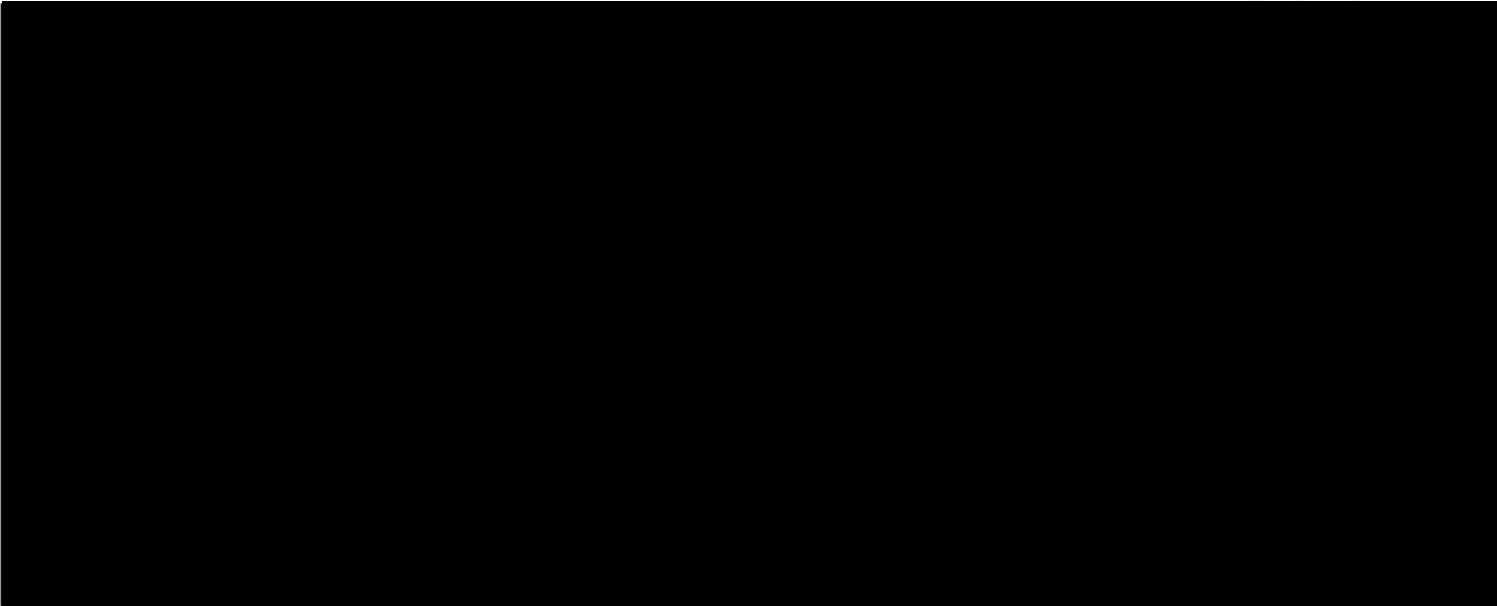


CA.



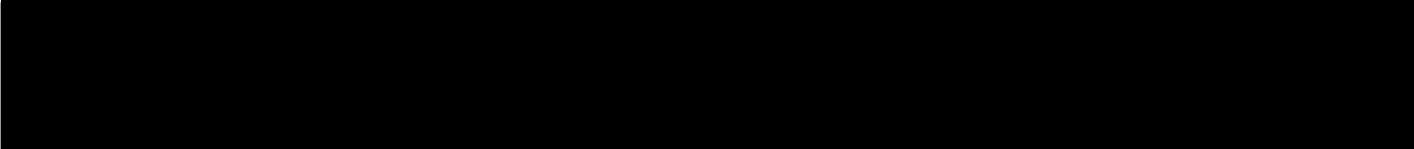
Cartola Hogar
MANUEL ANTONIO SALGADO SALGADO
Pasaje Mar de los Sargazos, #3559, Conchalí

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 | Edad | Sexo | Personas |
|--------------------|-------------|------------|------|------|----------|
| [Redacted content] | | | | | |

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 Paciente

Ficha N° 5

Servicio:

Sala

Diagnóstico

N° de días de Prescripción

Realizado detalladamente

Todos los campos son obligatorios

| USO DE FARMACIA | | | Medicamentos | Indicación |
|-----------------|-------|-------|--------------|------------|
| Código | Cant. | Unid. | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Firma y Timbre Médico

Dr. ANNELEIM WALTON
Rut 10.210.950-3
Urología
Instituto Nacional del Cáncer

IMPRESA VERSAL - BAGDAD 1470 - FONOS: 224923084

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

CERTIFICADO

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



Comercializadora Martimed Limitada

RUT: 76.309.942-3
SANTOS DUMONT 1030-B
INDEPENDENCIA
FONO: 227320031

martimed@gmail.com

COTIZACION N°

1.536

24-octubre-2024

L1 Santos dumontt

R.U.T.

NOMBRE

DIRECCION

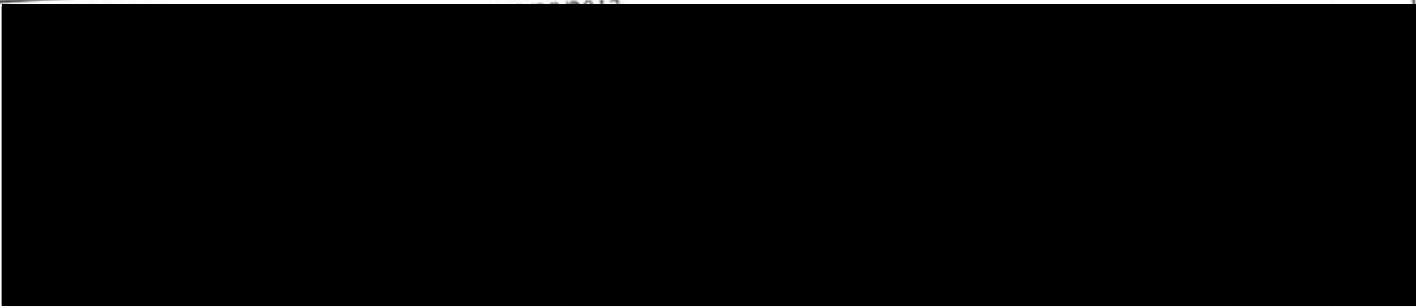
OBSERVACIONES municipalidad de conchali

| ARTICULO | DESCRIPCION | CANTIDAD | PRECIO UN. | TOTAL |
|-------------|-----------------------------|----------|------------|---------|
| 014-043 | BOLSA UROSTOMIA I 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 Lora Tobal 1030-B
Independencia
FONO: 227320031

4

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

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

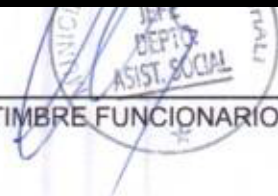
DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

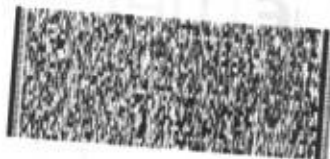
BENEFICIO


FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



BOLETA ELECTRONICA
N° 13628
COMERCIALIZADORA FARMACEUTICA
VASQUEZ & MERCADO SPA
77.345.226-1
GIRO: FARMACIAS INDEPENDIENTES
MONTERREY #2810, CONCHALI
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

[REDACTED]

IV. SITUACIÓN DE SALUD

[REDACTED]

V. SITUACIÓN ACTUAL Y ECONÓMICA

[REDACTED]

[REDACTED]

CONCHALI, 01 DE ABRIL, 2025

VI. OPINION PROFESIONAL

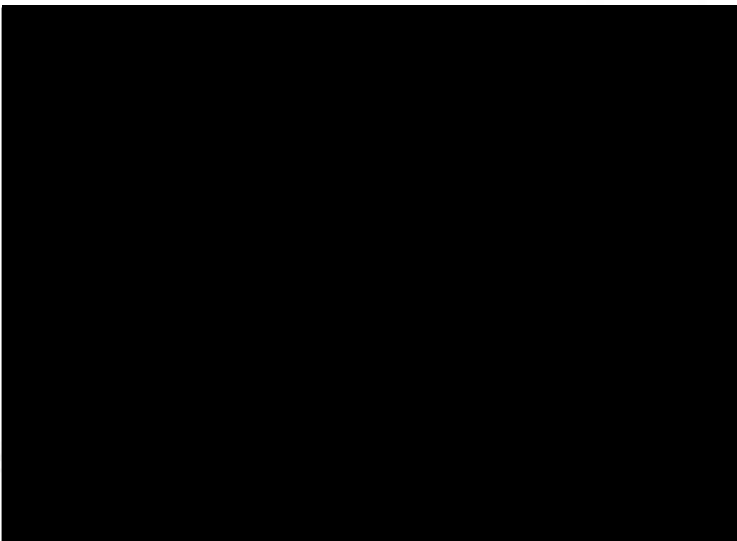
En virtud de los antecedentes expuestos y la necesidad que manifiesta de individualizado, la profesional que suscribe, solicita al **Departamento de Asistencia Social** la cobertura total o parcial, del costo por solicitud de medicamentos, de este modo, se adjunta orden médica y tres cotizaciones de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

Es cuanto puedo informar, Atte.


Denisse Rosas Piel
Trabajadora Social
Municipalidad de Conchalí.



CA.



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:

[Redacted content]

II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

[Redacted content]

III. SITUACIÓN HABITACIONAL

[Redacted content]

¿Qué otros factores influyen al 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.

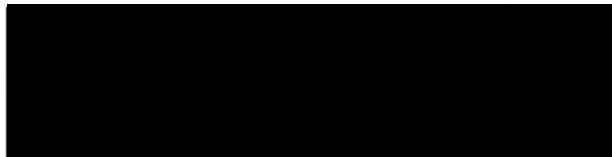


Monterrey 2810, Conchali

Correo: farma.elsalvador.spa@gmail.com

Tlf +56958602437

11 de marzo de 2025



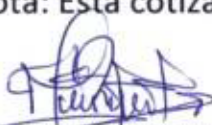
Presente.-

De nuestra consideracion

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.


QUIMICO FARMACÉUTICO
SAIRET V. MERCADO RUJANO
RUT 26.773.836-K



Sairet V. Mercado R.
Químico Farmacéutico
Rut 26.773.836-K



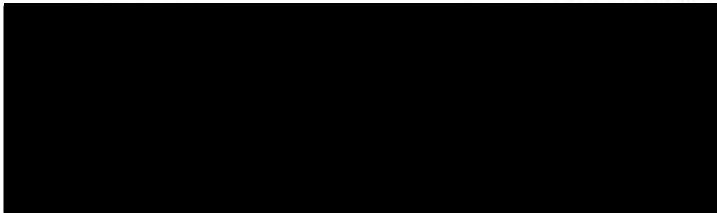
FARMACIAS EL SALVADOR SPA
RUT 79.045.226-1
TEL: +56958602437
DIRECCIÓN: MONTERREY 2810, CONCHALI

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

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

N° CERTIFICADO : 617459751

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

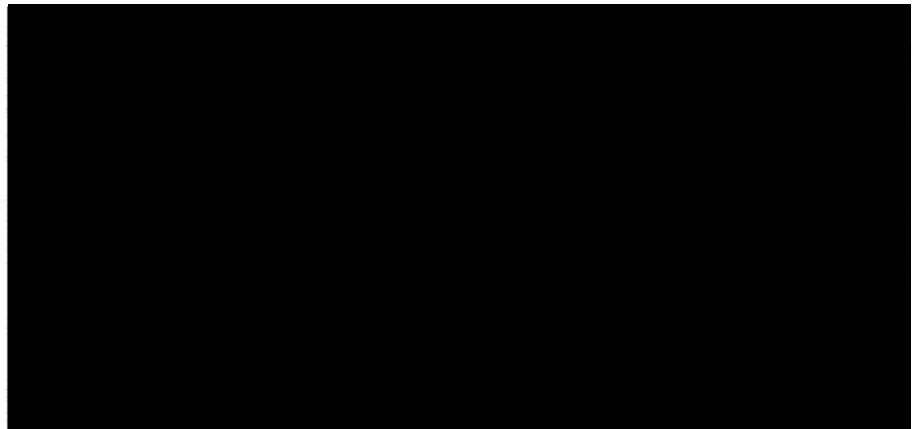


Nombre : Natalia Carolina Castro Padilla

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 Obstetricia

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

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: *Denise Rojas J. C.*

FIRMA: *Denise Rojas J. C.*

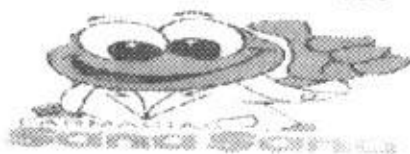
TIMBRE:



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

Numero 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 MATRIZ: INDEPENDENCIA 3187-B, CONCHALI
GIRO: VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS
FARMACEUTICOS Y MEDICINALES

COTIZACION

* FOLIO: 49

* FECHA DE EMISIÓN: 20-03-2025

* FECHA DE VENCIMIENTO : 20-03-2025

VENDEDOR:

NOMBRE:

CÓDIGO:

DATOS DEL CLIENTE:

NOMBRE: INDEFINIDO

RUT: 86666666-6

TEL:

DIRECCIÓN: , None, None

| CODIGO PRECIO U. | PRODUCTO CANT. | VALOR |
|---------------------|--|---------|
| 7805633022633 | CALCIO 500 MG / VITAMINA D3 800 UI X 30 CAP | |
| 3.500 | x3 | 10.500 |
| 7891317006388 | BETINA 16MG X 30 COMP | |
| 19.790 | x6 | 118.740 |
| 7805633013862 | PROPOLEO MENTA SP 30M | |
| 2.500 | x1 | 2.500 |
| TOTAL: | \$ | 131.740 |



CLAMICL
SOFTWARE DE PUNTO DE VENTA

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

Tipo: Crónica

por 3 meses

ID: 511175516

Dra. Castro
Rut: 15.383.190-4
a General y Kinés

Natalia Carolina Castro Padilla
Rut: 153831904

1. \$ 20.900
2. 3690
3. 8900 x 3 m 90 c/p.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

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

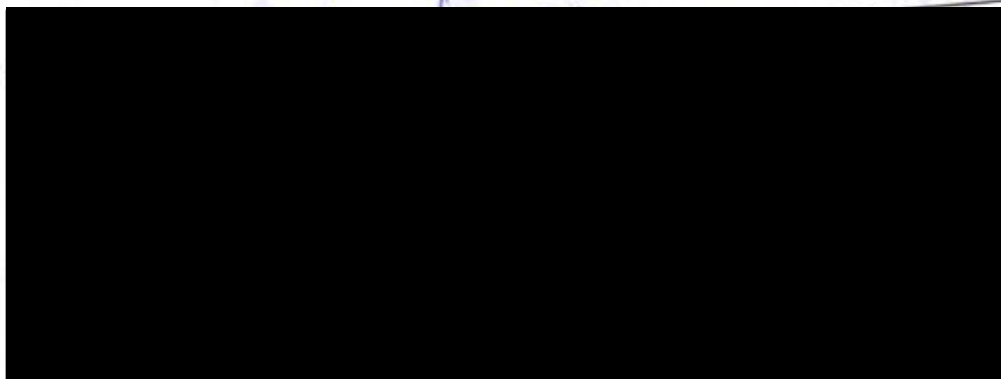
RECIBO


NOMBRE


DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO




FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

JEFE
DEPTO.
ASIST. SOCIAL

SALCOBRAND

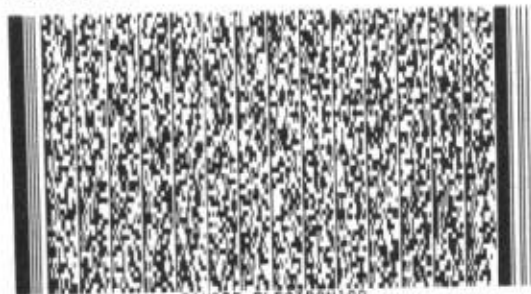
SALCOBRAND S.A. R.U.T.: 76.031.071-9
 AVDA SANTOS DUMONT N999, INDEPENDENCIA
 C.M. AV. LIB. BDO. OHIGGINS 877 SANTIAGO
 GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
 VERSION: V72.5 03.06.25 NSERJ
 O:00007651 T:9029 L:266 C:002

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 |
| EFFECTIVO | 40.000 |
| CAMBIO | 3.680 |
| NETO | 30.519 |
| IVA 19% | 5.799 |
| TOTAL | 36.318 |

ATENDIDO POR : VFERONICA AVILA



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

BOLETA ELECTRONICA Nro. 654093667 CAJA: 2
 Verifique documento en www.salcobrand.cl



3906540936670

SR(A).: 7312985- - CLIENTE CONSALUD

SALCOBRAND

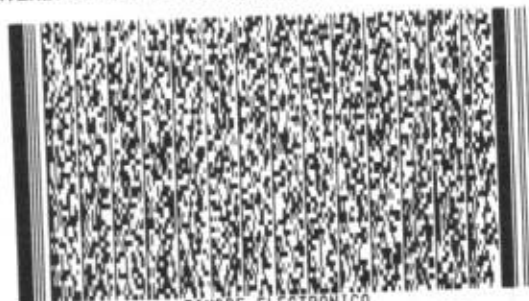
SALCOBRAND S.A. R.U.T.: 76.031.071-9
 AVDA SANTOS DUMONT N999, INDEPENDENCIA
 C.M. AV. LIB. BDO. OHIGGINS 877 SANTIAGO
 GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
 VERSION: V72.5 03.06.25 NSERJ
 O:00007651 T:9076 L:266 C:002

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

| | |
|-----------------|--------|
| LEY DE REDONDEO | 04 |
| EFFECTIVO | 72.640 |
| NETO | 61.039 |
| IVA 19% | 11.597 |
| TOTAL | 72.636 |

ATENDIDO POR : VFERONICA AVILA



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

BOLETA ELECTRONICA Nro. 654093737 CAJA: 2
 Verifique documento en www.salcobrand.cl



3906540937370

SR(A).: 7312985- - CLIENTE CONSALUD

0306800

usa

permanente



Av. Tabancura 1185 - Vitacura

Fono: Mesa Central : 22 395 4000

Horas Médicas : 22 395 9500

Nombre

Fecha

Rp.

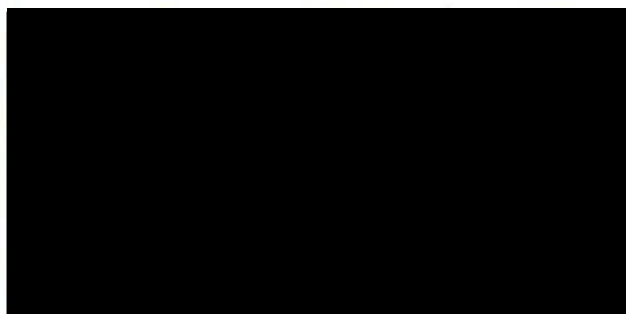
Dr. CRISTIAN MUÑOZ TRONCOSO

Rut.: 12.910.177 - 6

Cardioenterólogo - Hepatología

FIRMA MEDICO

Copia de Receta ABE



13/03/25



farmacias
ahumada®



COTIZACION

Local: 1065

Vd: PRISCILA POBLETE ESCOBAR

Emission: 13/03/2025

Validez: 13/03/2025

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



01065030096139130325

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

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 PIEL

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 CONCHALI
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALI, 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

SOTO
VARGAS

GLORIA MARGARITA

REGIONAL
CHILENA

CHILENA
TECNOLOGIA DE MAQUINARIAS
05 AGO 1951

521.396.846

31 ENE 2020

05 AGO 2025

RUN 7.312.985

5/20/05



Nació en: INDEPENDENCIA
Profesión: No informada

800-967-0070

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



¿Cuál es el tramo de mi hogar?



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:

Table with 4 columns: DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA, INVALIDEZ, NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. All values are 0.

2. Personas que conforman el hogar:

Table with 4 columns: TOTAL, -18 AÑOS, +60 AÑOS. Values: 2, 0, 2.

3. Ingresos de las personas que conforman el hogar:

Table with 2 columns: Factor (Trabajo, Pensión y/o Jubilación, Capital), Rango de Ingresos. Includes a total income summary.

¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.

- List of factors: Bienes raíces de alto o muy alto valor, Vehículos de alto o muy alto valor, Establecimiento educacional de alto costo, Plan de salud de alto o muy alto costo, Altos o muy altos ingresos del padre o madre fuera del hogar.

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 2 personas

Table with 6 columns: RUT, Integrantes, Parentesco, -18 años, +60 años, Persona cuidadora. Lists Maria Yolanda Vargas Amengual and Gloria Margarita Soto Vargas.

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.



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.registro-social.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende.