



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

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

MUNICIPALIDAD

DECRETO N° 2178 IDDOC 857755
CONCHALI, viernes 5 septiembre 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 [REDACTED]

LA SUMA DE \$:1.038.975

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

POR LO SIGUIENTE:

7º FONDO A RENDIR SEPTIEMBRE/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°34 28/08/25 DIDEKO - RENDICION FUE
CONTABILIZADA EN MOVIMIENTO 0-2729 02/09/25 - CERTIFICADO N°123 05/09/25 CONTABI
LIDAD - OBLIGACION 18-92 IMPUTACION 2212002012 - SON 15 UTM X \$69.265 = \$1.038.975

CONTABILICESE COMO SE INDICA

CUENTA	DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
1140382	Carla Pinto LLanten	1.038.975		[REDACTED]	M-35
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000	[REDACTED]	C-9051526
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000	[REDACTED]	C-9051527
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000	[REDACTED]	C-9051528
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		138.975	[REDACTED]	C-9051529

TOTALES : 1.038.975 1.038.975

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



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
Dirección Desarrollo Comunitario
Departamento Asistencia Social

MEMO Nº 38 /2025

ANT; Rendición mes de septiembre 2025.
Decreto pago Nº 2178 fecha 05/09/2025

Conchali;

A : PATRICIO SAAVEDRA MUÑOZ
DIRECTOR RENTAS MUNICIPALES

DE : CARLA PINTO LLANTEN
JEFA DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Junto con saludar muy cordialmente, remito a Ud. Rendición del mes de septiembre 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 \$ 1.038.975, correspondientes a los cheques Nº 9051526, 9051527, 9051528 y 9051529 de los cuales se realizó un reintegro de \$ 21.990. Se adjunta comprobante de reintegro Folio Nº 784628 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

I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ CORRESPONDENCIA
01 OCT 2025
HORA: _____
DEPTO. CONT/ C/LIDAD Y PRESUPUESTO

CPLL/yaa

Distribución:

- Administración y finanzas DAS

861180

I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ CORRESPONDENCIA
01 OCT 2025
HORA: _____
DIRECCIÓN DE RENTAS MUNICIPAL

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
RUT: 69.070.200-2
INDEPENDENCIA N°3499
228 288 100
CONCHALI - SANTIAGO

FOLIO N°

784628

INGRESO N°

5472505

PINTO LLANTEN CARLA ANDREA
NOMBRE

GASTOS MENORES ADM. MUNICIPAL
TRIBUTO O MULTA POR INFRACTION

TELÉFONO

R.O.I.

VIGENCIA

30/09/2025

CONCEPTO

REINTEGRO SEGUN DECRETO DE PAGO N°2178

DIRECCION DE ADM. Y

FECHA VENCIMIENTO

IMPUESTOS Y/O DERECHOS

VALORES \$

Carla Pinto LLanten

21.990

30/09/2025



SUB TOTAL:

21.990

I.P.C.:

0

INTERES:

0

No Luminosa: 0

Luminosa: 0

Otros:

TOTAL \$

21.990

LIQUIDADOR: vpintntrim

ENCARGADO: ccovarru

CONTRIBUYENTE

**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 N°	515 DE FECHA 05/05/2025
MONTO GIRADO \$	1.038.975 ✓
DECRETO DE PAGO N°	2178 DE FECHA 05/09/2025 ✓
EGRESO N°	30-2121 ✓
CHEQUE N°	9051526, 9051527, 9051528, 9051529 ✓
FECHA DE RENDICION	01/10/2025 ✓
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	22/09/2025 ✓	945823237 ✓	RM DE COLUMNA LUMBAR	105.800 ✓
02	22/09/2025 ✓	945837898 ✓	RM DE ABDOMEN	105.800 ✓
03	23/09/2025 ✓	10634649 946011930 ✓	ANGIOTAC DE CEREBRO	116.310 ✓
04	24/09/2025 ✓	44246 ✓	RM DE PELVIS ✓	137.540 ✓
05	24/09/2025 ✓	684198 ✓	APORTE DE 190.000 PARA TEST DE TILT ✓	190.000 ✓
06	26/09/2025 ✓	946513929 946514460 ✓	ECOTOMOGRAFIA DOPPLER RENAL Y ECOTOMOGRAFIA ANDOMINAL	100.000 ✓
07	23/09/2025 ✓	1612425996 22427968 ✓	2 CAJAS DE PIASCLEDINE, 2 CAJAS DE NEUROBIONTA Y 6 CAJAS DE CARVEDIDOL	103.140 ✓
08	29/09/2025 ✓	123046 ✓	24 PLACAS Y 24 BOLSAS DE COLOSTOMIA ✓	158.400 ✓
				SUMA TOTAL \$ 1.016.990 ✓
				REINTEGRO \$ 21.990

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]	



RENDICION DE CUENTA GASTOS MENORES

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

04		
05		
06		
07		
08		

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES

 Firma y Timbre * Responsable del Fondo	 Continuar DIRECTORA *
Firma y Timbre Director.	
<p>FRANCISCA VEJAR NAVARRO</p> <p>Rentas Municipales</p> <p>Dept. Contabilidad y Presupuesto</p>	
<p>Firma y Timbre</p> <p>Analista</p> <p>Dpto. Contabilidad y Presupuesto.</p>	
 Firma y Timbre Dpto. Contabilidad y Presupuesto.	

/yaa.

RENDICION MES DE SEPTIEMBRE

DECRETO DE PAGO N° 2178 DE FECHA 05/09/2025

OTROS SERVICIOS PROFESIONALES	
NOMBRE	CUENTA 24.01.007.015

BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
RM DE COLUMNA LUMBAR	RED SALUD	945823237	105.800
RM DE ABDOMEN	RED SALUD	945837898	105.800
ANGIOTAC DE CEREBRO	RED SALUD	10634649	116.310
CENTRO DIAGNOSTICO IMÁGENES BLANCO	CENTRO DIAGNOSTICO IMÁGENES BLANCO	44246	137.540
RM DE PELVIS	CLINICA LAS CONDES	684198	190.000
APORTE DE 190.000 PARA TEST DE TILT ECOTOMOGRAFIA DOPPLER RENAL Y ECOTOMOGRAFIA ANDOMINAL	RED SALUD	946513929 946514460	100.000
TOTAL		755.450	

BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
2 CAJAS DE PIASCLEDINE, 2 CAJAS DE NEUROBIONTA Y 6 CAJAS DE CARVEDIDOL	FARMACIA CRUZ VERDE Y ECO FARMACIA	1612425996 22427968	103.140
TOTAL		103.140	

OTROS GASTOS	
CUENTA 24.01.007.009	

NOMBRE	RUT	DOMICILIO	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO

TOTAL GASTOS	1.016.990
TOTAL	158.400

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO	0-3.313			PINTO LLANTEN CARLA ANDREA					
FECHA	13/10/2025	GLOSAS	7º F.RENDIR SEPTIEMBRE/25 ASISTENCIA SOCIAL - D.PAGO#2178 - CI#5472505						
Lin CTA	DENOMINACIÓN	SubProg	C.COSTO	DEBE	HABER	OBLIG.	RUT	DOC.	FECHA
1 54101	Transferencias Corrientes al Sector Privado		000000	1.016.985	0				
2 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	0	103.140	18-92		D-2178	05/09/2025
3 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	0	158.395	18-92		D-2178	05/09/2025
4 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	0	755.450	18-92		D-2178	05/09/2025
5 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	103.140	0			D-2178	
6 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	158.395	0			D-2178	
7 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	755.450	0			D-2178	
8 1140382	Carla Pinto LLanten		000000	0	1.016.985			D-2178	05/09/2025
TOTALES				2.033.970	2.033.970				

EMITIDO POR

V.B.
CONF. COMPROBANTE

FRANCISCA VEJAR NAVARRO
Renta Municipales
Dept. Contabilidad y Presupuesto

CONTABILIZACION POR FOLIO UNICO

Folio	Cta	Denominacion	Fecha	Debe	Haber
5472505	1140382	Carla Pinto LLanten	30/09/2025		21.990
	1110101062	Valentina Pintrimilla Soto	30/09/2025	21.990	
		TOTAL FOLIO: 5472505		21.990	21.990
		TOTAL GENERAL		21.990	21.990

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

22 09 25

RECIBO

NOMBRE :

DIRECCIÓN :

C. IDENTIDAD :

BENEFICIO :

Jesús Gómez

FIRMA BENEFICIARIO

105.800-

~~ESTADO DE CUNICO~~
~~JEFE~~
~~SECRETARIA~~
~~FIRMA Y NOMBRE FUNCIONARIO~~
*

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

945823237

LIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN



		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0405007	1 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR	\$211.600	\$105.800	\$0	\$105.800
	Totales	\$211.600	\$105.800	\$0	\$105.800

A Pagar: \$ 105800

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO++

Emisor: 0016145843-0 | Derivado por: 0096942400-2 redsalud

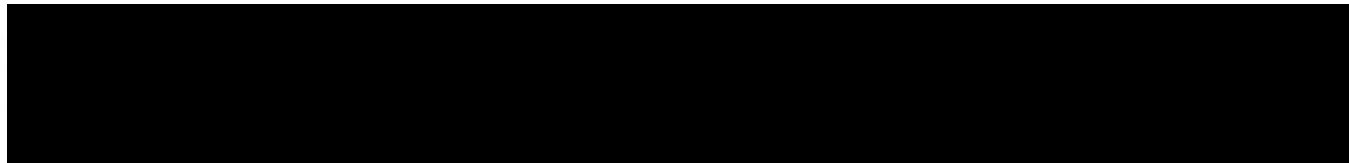
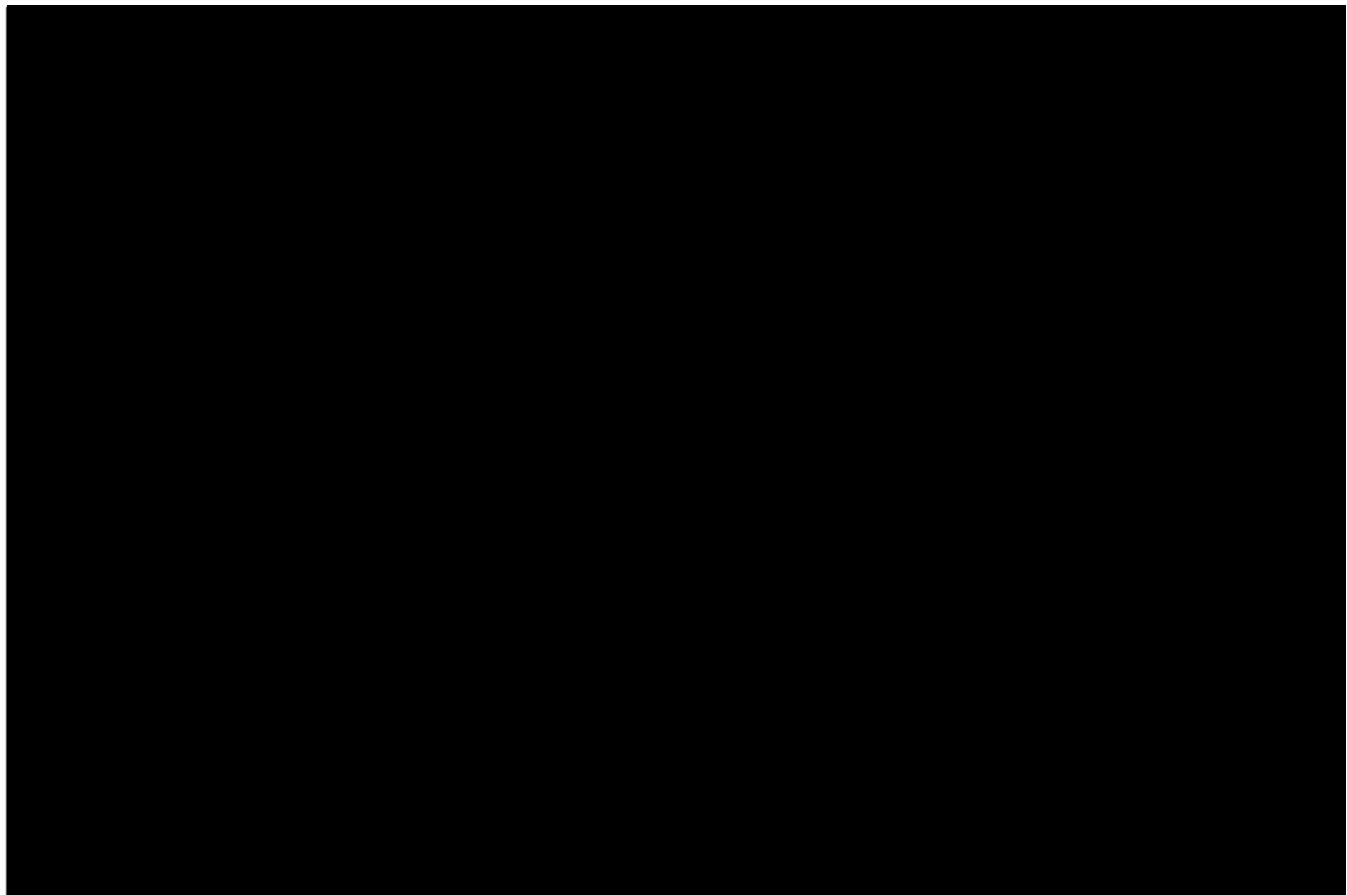
Firmado electrónica por MARILEO LEIVA EUGENIA DEL CARMEN | Auditoria BONO-N6LE-3F9T-WJSM



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALÍ, 08 de abril, 2025.

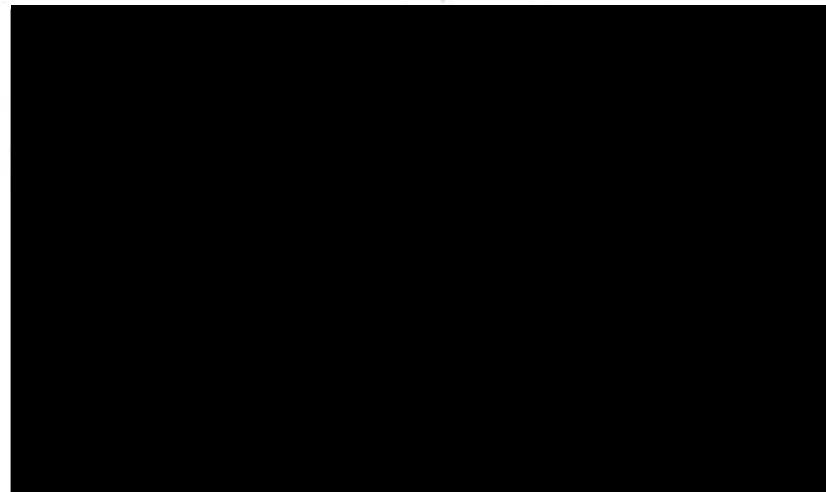
INFORME SOCIAL



Esperando una favorable acogida, se despide.

Atte.


FELIPE ZÁRATE BURGOS
TRABAJADOR SOCIAL
DEPTO. SOCIAL

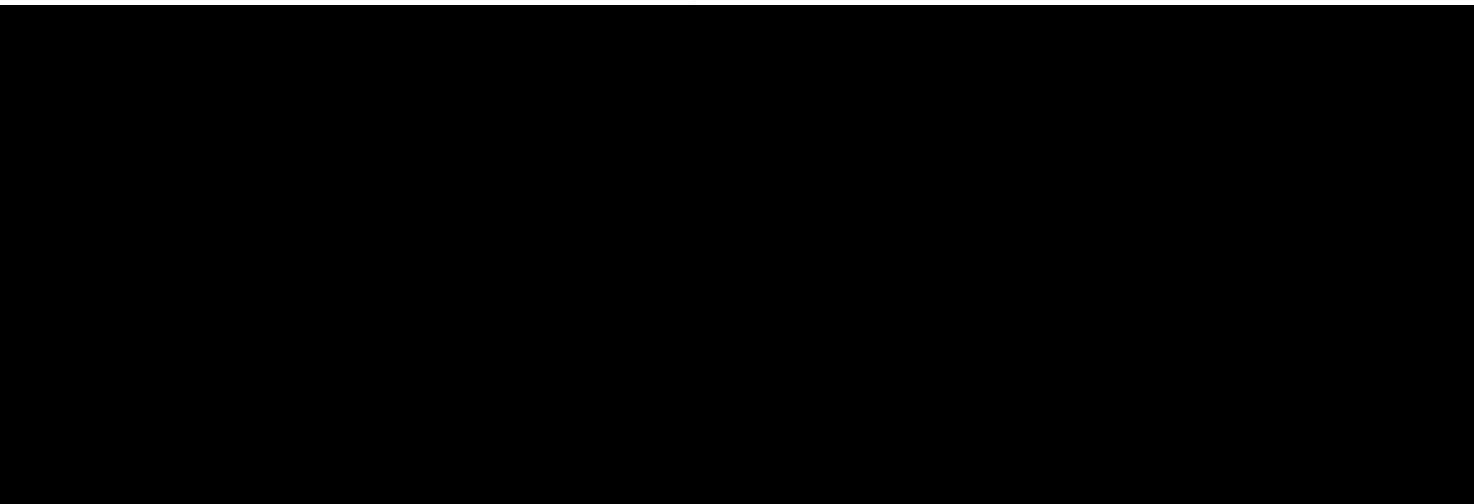


Cartola Hogar

Número de Folio: #43370952



Registro



Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR, www.ventanillaunicasocial.gob.cl



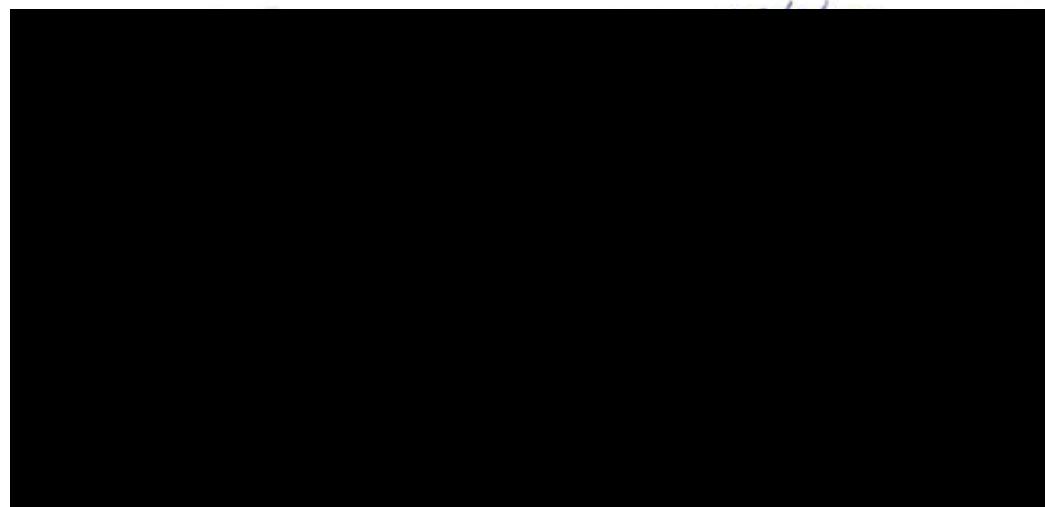
¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.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.



Corporación Municipal de Educación,
Salud y Atención de Menores de Conchalí.
Ilustre Municipalidad de Conchalí

RECETA MÉDICA

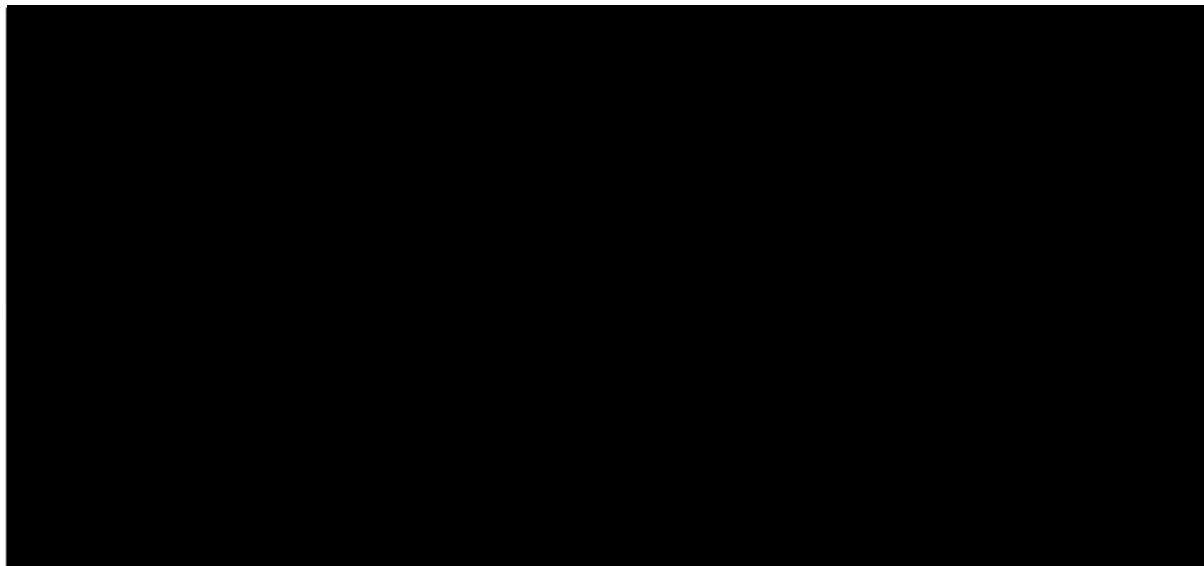



Dra. Magdalena Alvarado Soto
Médico Cirujano
Rut: 18.020.948-6

Firma Profesional Prescriptor

IntegraMédica

PRESUPUESTO

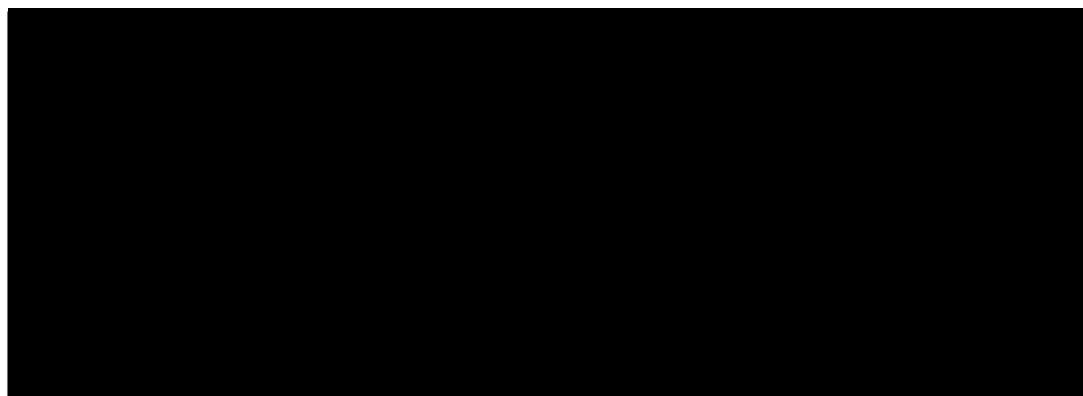


IntegraMédica Independencia

76.098.454-K



PRESUPUESTO AMBULATORIO



Valor: \$105.800.-

Megasalud SPA

Rut 96.942.400-2

Santiago, 01 septiembre 2025

Presupuesto AMBULATORIO

SUCURSAL: CLINICA DAVILA

Nº DE PRESUPUESTO: 1011561

NOMBRE PACIENTE: EUGENIA DEL CARMEN MARILEO LEIVA

Nº DOCUMENTO: 6.784.821-7

PREVISIÓN: FONASA

FECHA EMISIÓN: 01/09/2025 11:22:51



TELEFONO: +56 85618489

MAIL: NOTIENE@NOTIENE.CL

TOTAL PRESUPUESTO: 1

211.600

211.600

Presupuesto emitido por: LESLIE NICOLLS

Presupuesto válido por 30 días hasta: 01/10/2025

Clínica Dávila
Servicios Médicos SPA

Rut: 96.530.470-3

→ Emisión
Cheque

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	305742	EXAMEN	(ESL)	1	0		
	305741	INFORME SOCIAL	(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: 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.



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

pp Evelyn Pino.

FIRMA:

A handwritten signature of "Felipe Zapata Burgos" is written above a circular official stamp. The stamp has the text "MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ" around the perimeter and "DEPTO. ASIST. SOCIAL" in the center.

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.

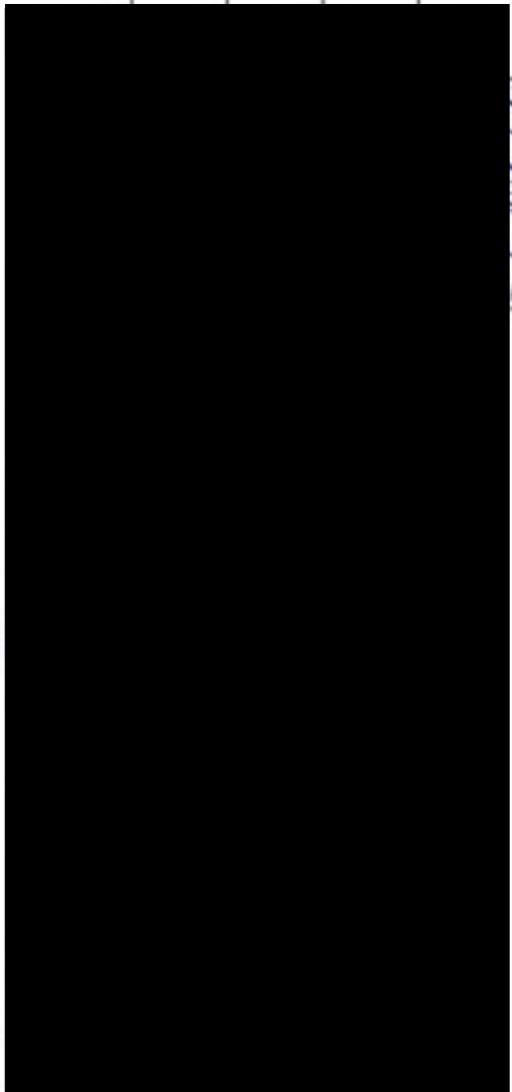
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

22 09 25

NOMBRE _____
DIRECCIÓN _____
C. IDENTIDAD _____
BENEFICIO _____



~~FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO~~

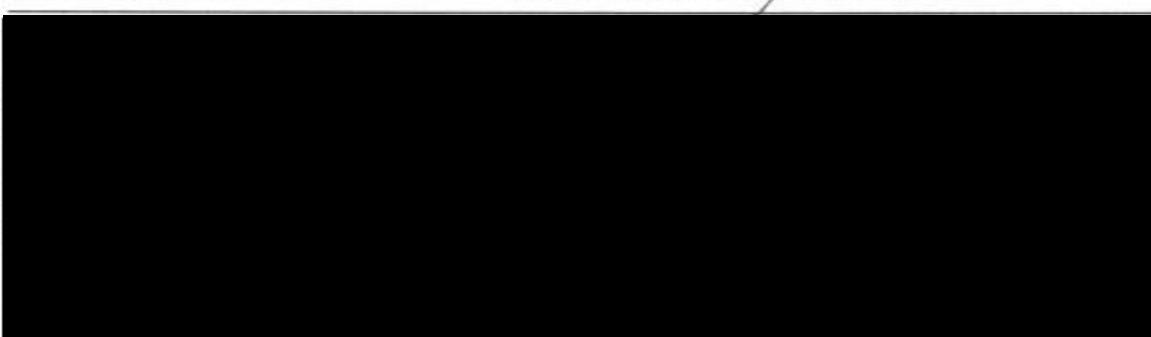
Eduardo
~~FIRMA BENEFICIARIO~~

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

945837898

SOLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN



15
San Conchali

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiador	Bonificación*	Copago
0405010 1 RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	\$211.600	\$105.800	\$0	\$105.800
Totales	\$211.600	\$105.800	\$0	\$105.800

A Pagar: \$ 105800

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0014149813-4 | Derivado por: 0096942400-2 redsalud

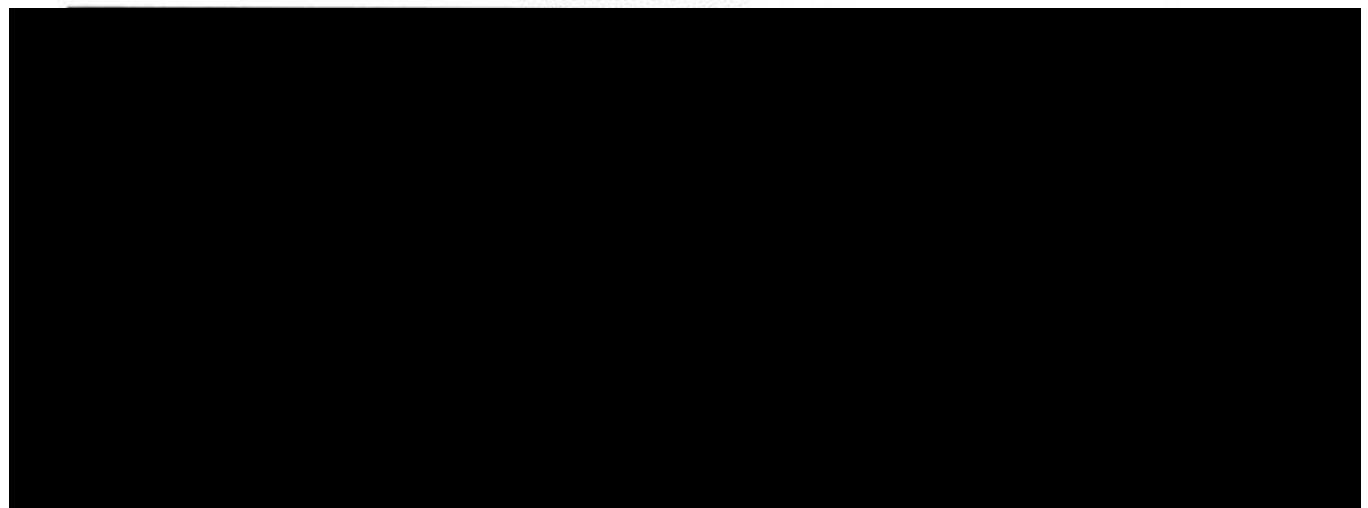
Firmado electrónica por SAN MARTIN PEREZ ELIZABETH DEL CARMEN | Auditoria BONO-N2LE-3HMV-C9P4



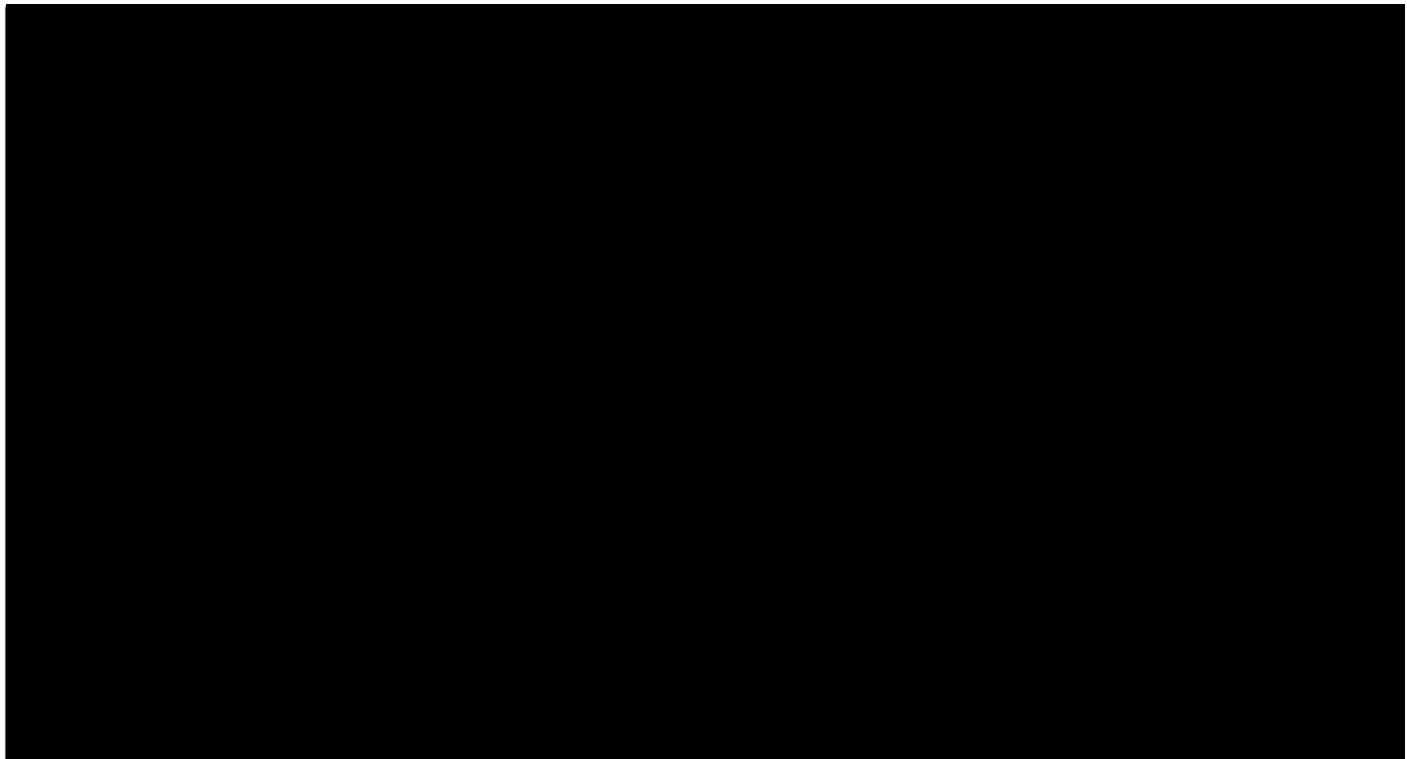
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DÉPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 01 de julio 2025

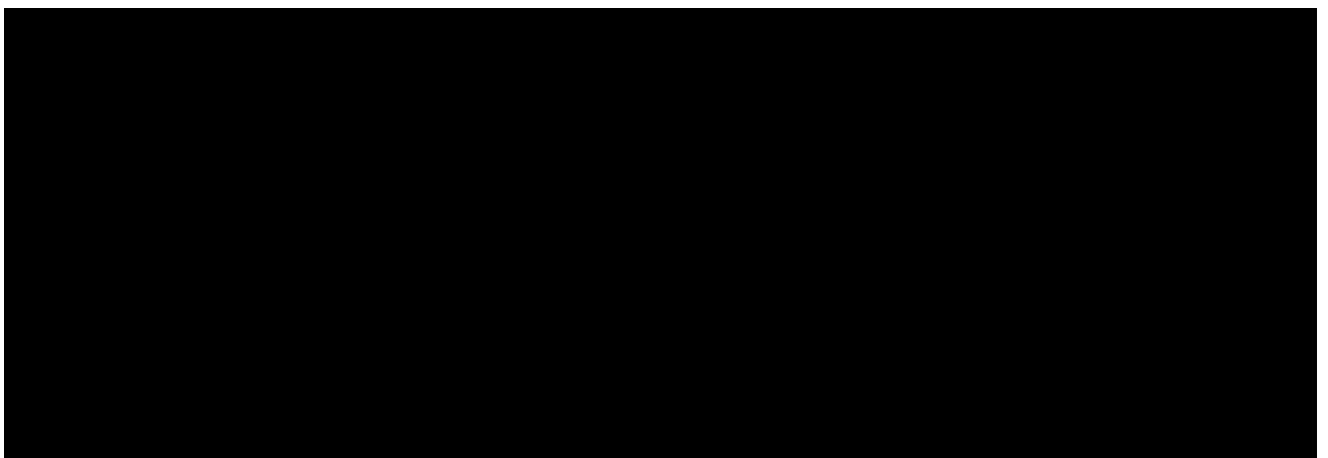
INFORME SOCIAL



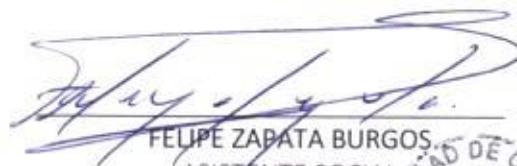
2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

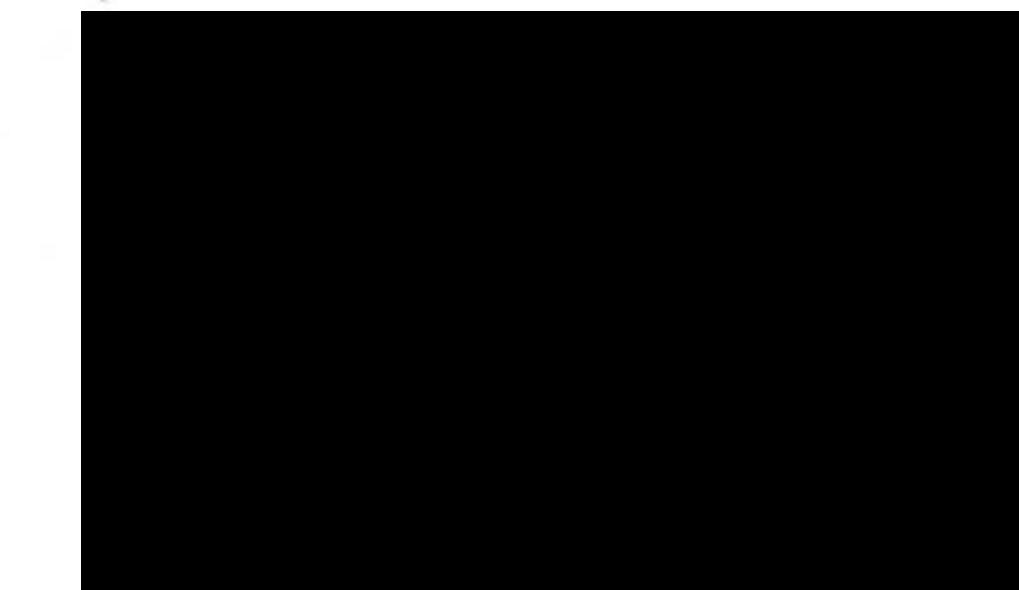


5.- OPINIÓN PROFESIONAL



RTA


FELIPE ZAPATA BURGOS
ASISTENTE SOCIAL

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a
www.ventanillaunicasocial.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. Geraldina Salguero A.
Médico General
Rut: 26.813.834-K

Nombre y Timbre Médico

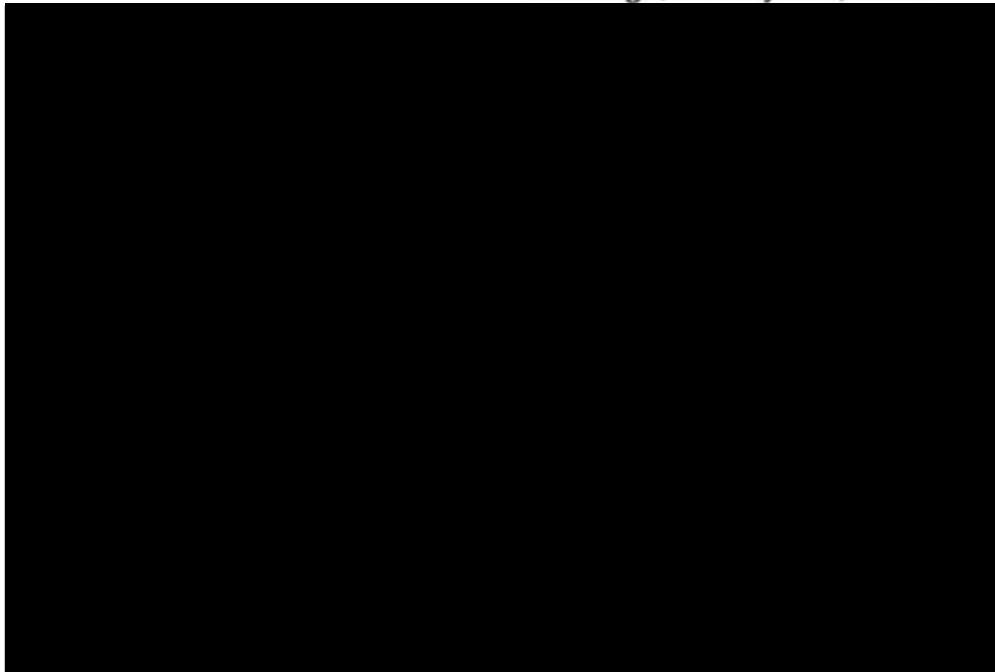
Fecha: 09 / 06 / 25

Nº Col. Médico





Santiago, 24 De Junio, 2025



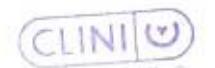
Total \$ 105.800



Medicenter Uno Spa
76.365.706-k

Cotización de Exámenes CLINI

 404121 - ECOGRAFIA DOPPLER RENAL	\$31.910
haz click aquí	
 305005 - AC. ANTI-CELULAS PARIETALES	\$3.820
 405010 - RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	\$105.800
haz click aquí	
 307011 - VENOSA EN ADULTOS	\$440
<hr/>	
Total: \$141.970	


77427817-6
PAGADO

Términos y condiciones:

- 1-. Los valores indicados corresponden a una cotización basada en los aranceles de FONASA y están disponibles en los centros de servicio CLINI. Estos valores pueden variar según cambios en la normativa o reajustes indicados por FONASA para todos los prestadores nacionales.
- 2-. Se recomienda confirmar las indicaciones previas al examen a través de los medios de contacto de CLINI o en la confirmación de la cita.
- 3-. La diferencia de valores mostrados refleja los aranceles entre Fonasa Nivel 1 (CLINI) y Fonasa Nivel 3 (otros prestadores), y es una referencia para facilitar la comprensión de la información.
- 4-. Cualquier error o inexactitud en la cotización es responsabilidad exclusiva del usuario. CLINI no se responsabiliza por realizar cambios o modificaciones posteriores en caso de error en la cotización. Se recomienda revisar detenidamente todos los detalles antes de proceder.
- 5-. Es importante que UD, tenga conocimiento que el precio puede variar según los insumos requeridos en la toma de muestra. Para cualquier consulta adicional, acuda a caja o a través de los canales de contacto disponibles.
- 6-. Los exámenes de toma de muestras ginecológicos se realizan únicamente en nuestra ubicación en Coyancura 2244, Providencia, Región Metropolitana.
- 7-. Los exámenes de TAC Scanner que indiquen "Con Contraste" tienen un valor adicional de \$35.000.
- 8-.CLINI declara que toda información proporcionada por el paciente es confidencial y será protegida conforme a la Ley de Protección de la Vida Privada.

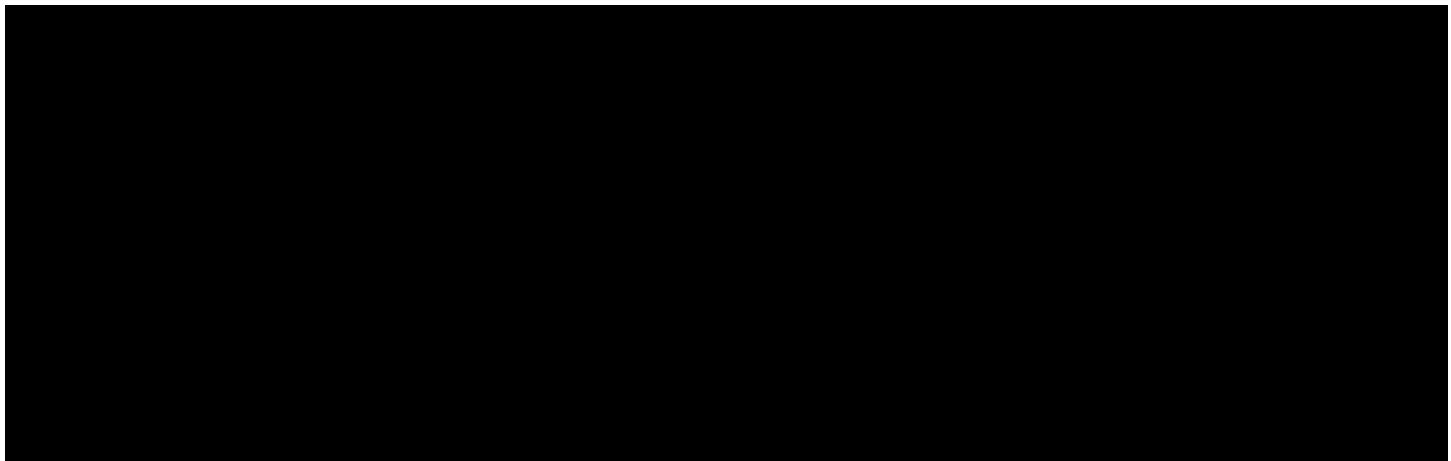
Equipo CLINI Salud.

COTIZACIÓN

I MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

Dpto. de Asistencia Social

PRESENTE



\$ 105.800

Servicio al Cliente

IntegraMédica Norte

INTEGRAMEDICA S.A.
76.098.454-K

Santiago, 30 Junio 2025.-

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	308316	INFORME SOCIAL	(D	1	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Rocio Trejo



Municipalidad de Conchali
Dirección Desarrollo Comunitario
Departamento de Asistencia Social

DECLARACION PROFESIONAL TRATANTE PROGRAMA GIFT CARD DE ALIMENTOS 2025

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ORGANOS DE LA ADMINISTRACION 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: *Felicie ZAMORA BUN 605*

FIRMA: *[Handwritten signature]*

TIMBRE:



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

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

23 09 25

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

(PROGRAMA ASISTENCIAL)




FIRMA BENEFICIARIO



CENTRO MÉDICO Y DENTAL
REDSALUD
SOMOS CCHC

MEGASALUD S.A

Giro: ESTABLECIMIENTOS MEDICOS DE
ATENCION AMBULATORIA (CENTROS MEDICOS)
Los Conquistadores 1730 depto 1301.
Telefono: 600 718 6000
Providencia - Santiago

R.U.T.: 96.942.400-2

BOLETA EXENTA ELECTRÓNICA

Nº 10634649

S.I.I. - SANTIAGO

Fecha Emisión 23 Septiembre 2025

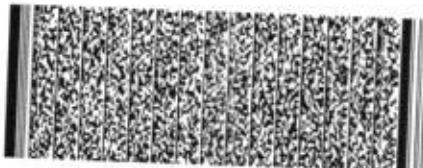
Nº De Orden de Atención

A0040177844

NOMBRE: Ana Rocio Valerio Augui

R.U.T.: 25.646.190-0

Código	Detalle de Prestación	Cant.	Valor Total
	Insumos	1	24.990
			
 Laboratorio Clínico			
 Imagenología			
 Clínicas Dentales			
 Especialidades Médicas			
		Monto Exento	24.990
		Monto Total	24.990



Timbre Electrónico SII

Res. 104 del 2011

Verifique documento: www.sii.cl

SUCURSALES Y OFICINAS

ARICA: San Marcos N° 121 / IQUIQUE: Ramírez N° 1162 - 1196 / ANTOFAGASTA: Sucre N° 251 / CALAMA: Av. Granaderos N° 1474 / LA SERENA: Huanhualli N° 186 / COQUIMBO: Doctor Marín N° 60 / VIÑA DEL MAR: Tres Norte N° 464 / VALPARAÍSO: Av. Argentina N° 1 / QUIPUE: Aníbal Pinto N° 843 / RANCAGUA: Germán Riesco N° 206 / RANCAGUA: Estado 101 Oficina 101-B / TALCA: Uno Poniente N° 1369 / CHILLÁN: Av. Libertad N° 431 / CONCEPCIÓN: Ramón Freire N° 1445 / CONCEPCIÓN: Tucapel N° 374 / LOS ÁNGELES: Lautaro N° 615 / TEMUCO: General Bulnes N° 846 / VALDIVIA: Av. Alemania N° 475 / VALDIVIA: Av. Alemania N° 465 piso 3 / OSORNO: O'Higgins N° 791 / OSORNO: O'Higgins N° 742, piso 2 / PUERTO MONTT: Rengifo N° 412 / PUERTO MONTT: Rengifo N° 483, piso 2 / PUNTA ARENAS: Pedro Montt N° 890 / PROVIDENCIA: AV. Nueva Providencia N° 1910 / PROVIDENCIA: Av. Salvador N° 100, piso 7 / SANTIAGO: Alonso de Ovalle N° 1493 / SANTIAGO: San Martín N° 30 / LA FLORIDA: Av. Vicuña Mackenna N° 7747 / PUENTE ALTO: Av. Concha y Toro N° 3779 / SAN MIGUEL: Av. José Miguel Carrera N° 5728 / MAIPÚ: Alberto Llano N° 1770 / SAN BERNARDO: Av. Las Américas N° 654 / CONCHALÍ: Av. Fermín Vivaceta N° 3161 / QUILICURA: Av. O'Higgins 581 local 67 piso 3 / LAS CONDES: Av. Pdte. Kennedy N° 5731, oficina 301 a 303 / LAS CONDES: Av. Padre Hurtado Sur N° 1621 esquina Av. Fleming N° 8838 / ÑUÑOA: Irarrázaval N° 2305

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

946011930

Convenio: 19938 - CM Barrio Independencia

DN

PRESTACIÓN

		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0403101	1 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE ENCEFALO	\$132.830	\$41.510	\$0	\$91.320
	Totales	\$132.830	\$41.510	\$0	\$91.320

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0017376392-1 | Derivado por: 0096942400-2 megasalud

A Pagar: \$ 91320

Firmado electrónica por VALERIO AUQUI ANA ROCIO | Auditoria BONO-N4LE-65JR-JRB4

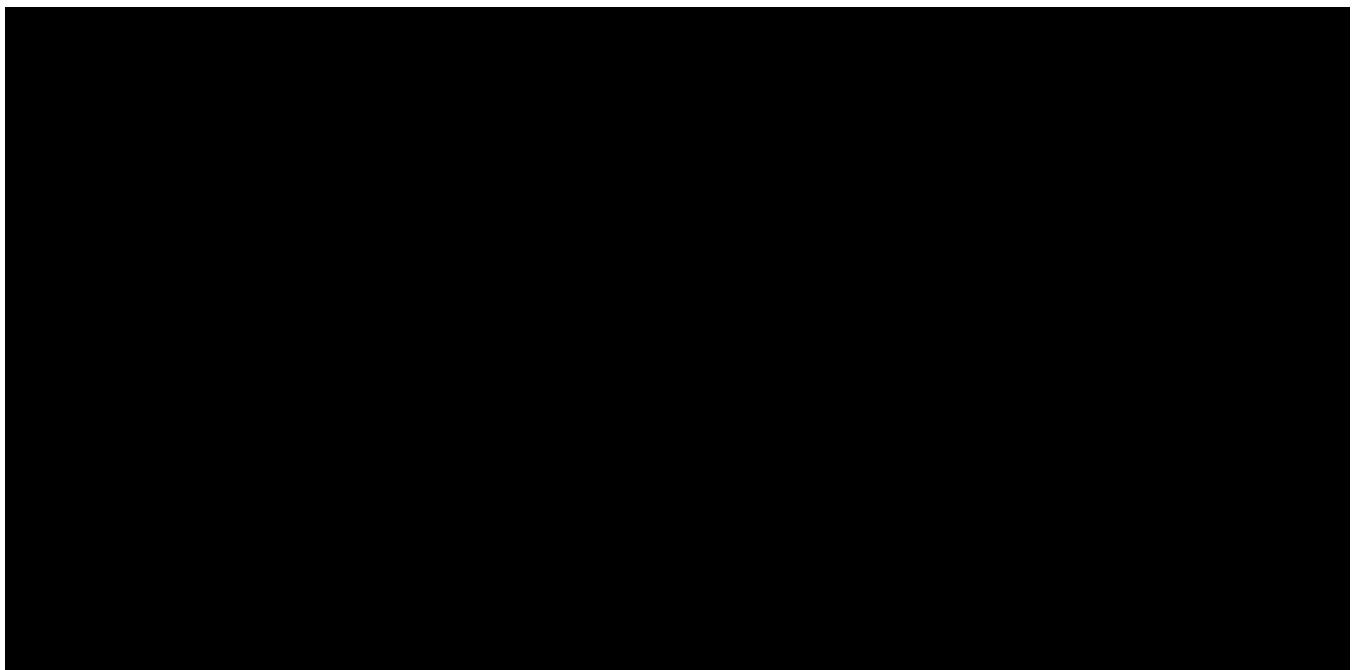
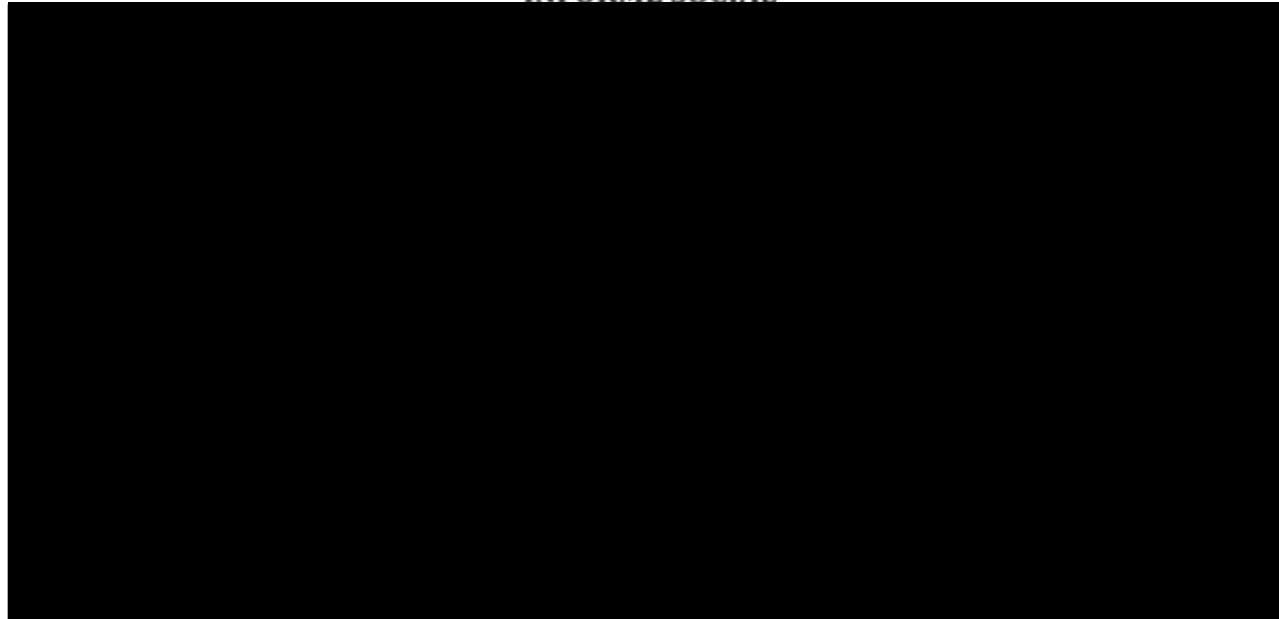
(2)



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 15 de Julio de 2025

INFORME SOCIAL



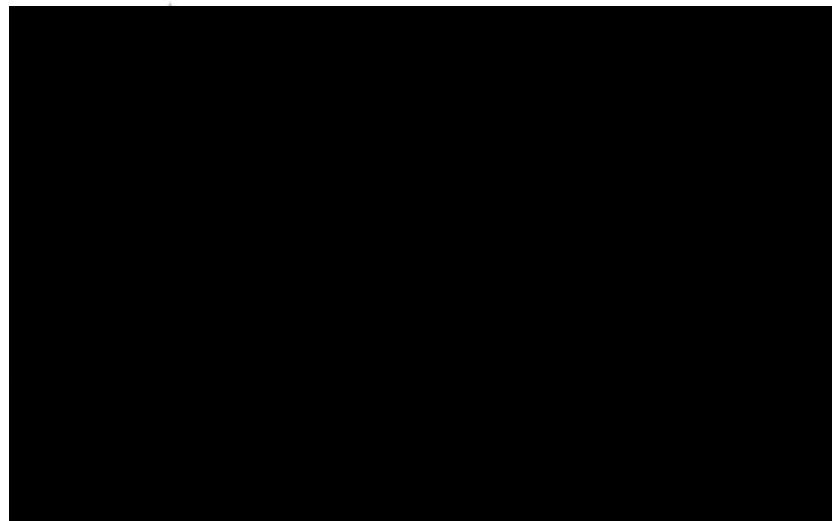
IV. SITUACION DE SALUD



Cecu web /

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.
228286534 / fguijuelos@conchali.cl

FGS.



Complemento RSH - Módulo de cuidado

x

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.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.

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	308860 EXAMEN	(ESL)	1	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Estrella Quinteros

MINISTERIO DE SALUD

S.S. Metropolitano Norte

Ilustre Municipalidad de Conchalí

SAR CONCHALÍ

ORDEN DE ATENCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Observaciones

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

Weffer

Cruz

Apellido Paterno

Apellido Materno

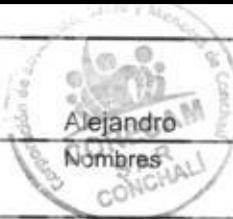
25.728.634-7

RUN

Alejandro

Nombres

Firma Profesional



Angiotac Anellos \$ 91320.
Contraste \$ 24990

MEGASALUD SPA
96.942.400-2



Presupuesto AMBULATORIO

CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	HABIL (\$)	INHABIL (\$)
04-03-101-00	TAC ANGIO DE ENCÉFALO	1	132.830	132.830
04-03-001-00	TAC DE CRÁNEO ENCEFÁLICA	1	109.600	109.600
Emitir bono a nombre de: SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD RUT : 79980070-5				
	TOTAL PARCIAL:	2	242.430	242.430
50-01-175-00	PAQUETE MEDIO CONTRASTE AUTOMATICO 100ML	1	64.773	64.773
Emitir bono a nombre de: CLINICA DAVILA SERVICIOS MEDICOS RUT : 96530470-3				
	TOTAL PARCIAL:	1	64.773	64.773
	TOTAL EXÁMENES:	3	307.203	307.203

TOTAL PRESUPUESTO: **3** **307.203** **307.203**

Presupuesto emitido por: MYRIAM EVA

Presupuesto válido por 30 días hasta: 09/08/2025

Clínica Dávila
Rut: 95.530.479-3

Gen001cg

INFORME DE PRESUPUESTO

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

Telefono :

Presupuesto Válido por 60 Días a contar de 10/07/2025 hasta 08/09/2025

Codigo	Prestación	Cantidad	Habil(\$)	Inhabil(\$)
Exámenes: 04-03-101-01	ANGIOTAC DE CEREBRO	1	132.830	199.245
Preparación :				
	Total Exámenes :	1	132.830	199.245
EMITIR BONO A NOMBRE DE :	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LTDA. RUT : 96631140-1			
	Total Presupuesto :	1	132.830	199.245

Presupuesto válido para Sucursal: CLINICA INDISA

Presupuesto emitido por : NIÑEZ VENGAS RODRIGO

~~EMITIR BONOS
SER. INT. DE SALUD.LTDA.
96.631.140-1~~

+ in Señoros
\$ 62.000.- Apox.



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:

Fernanda Cenquelos S.
Cenquelos /

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 Total



CONCHALÍ

24 09 25



NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO


FIRMA BENEFICIARIO

PROG. ASISTENCIA TOTAL

ESTADO DE DESARROLLO

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA TOTAL

ANEXO 10

FIRMA Y FIRMA DE FUNCIONARIO

ESTADO DE DESARROLLO

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA TOTAL

ANEXO 10



Salvador 65, Providencia - Santiago
Teléfono: 600 420 5500

CENTRO DIAGNOSTICO POR IMAGENES BL

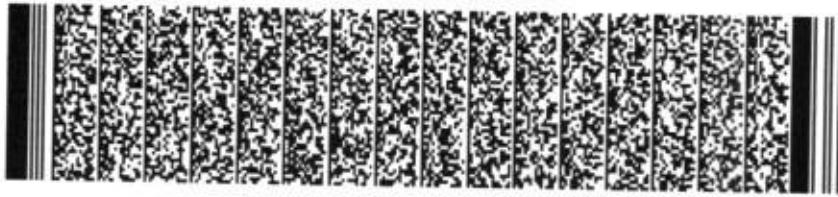
RUT: 87.975.900-5

BOLETA ELECTRONICA EXENTA

Nº 44246

Fecha: 24-09-2025 10:02

Paciente		Cantidad	Precio
40501113-1	RM PELVIS OSEA	1	\$137.540



TOTAL NETO EXENTO: \$137.540
TOTAL: \$137.540

CANCELADO

CENTRO DIAGNÓSTICO POR
IMÁGENES BLANCO LTDA.
RUT: 87.975.900-5



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 03 de julio de 2025

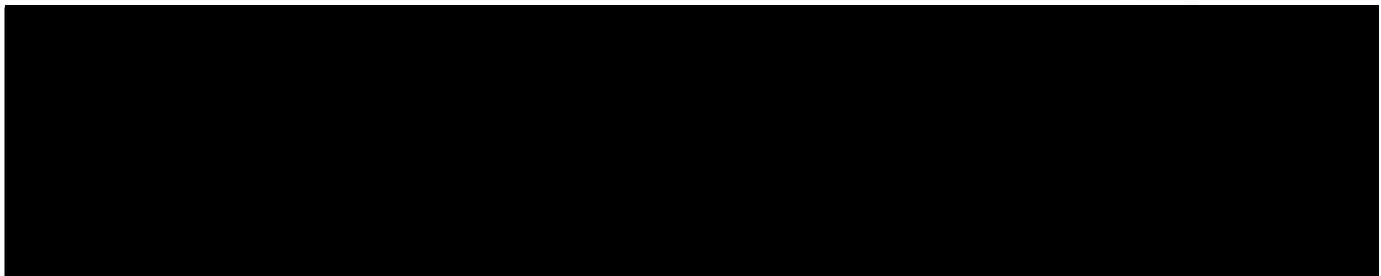
INFORME SOCIAL



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL

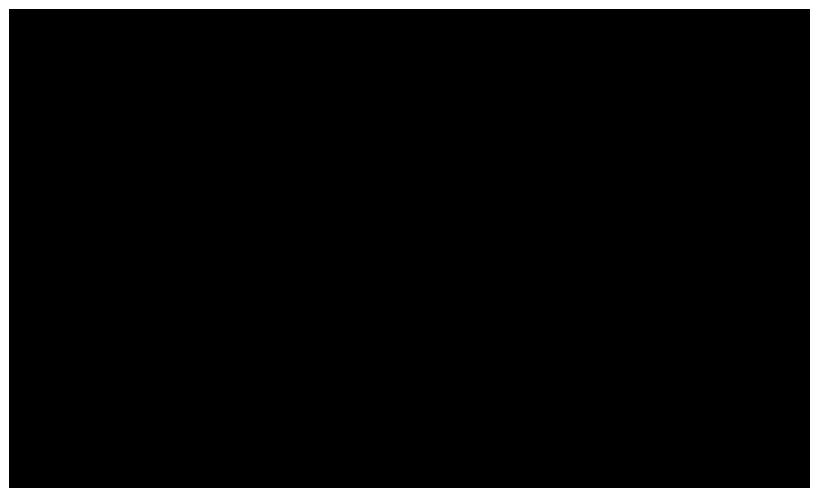
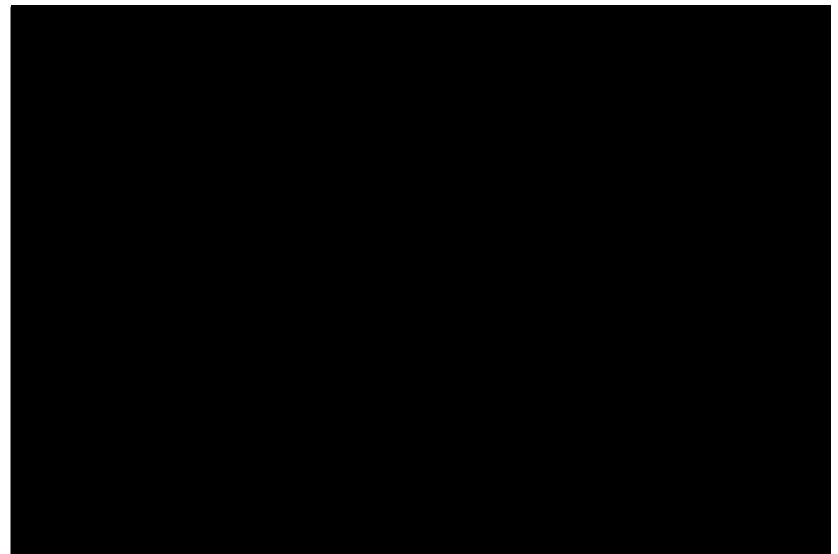


5.- OPINIÓN PROFESIONAL



Un pell r

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.
228286534 / fguijuelos@conchali.cl



Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.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.



Corporación Municipal de Educación,
Salud y Atención de Menores de Conchalí.
Ilustre Municipalidad de Conchalí

RECETA MÉDICA

Fecha:

Nº p.

• Rxmn de
pelvis c/c

Dra ALEXANDRA OLIVEROS A.
Médico Cirujano
Rut 37.050.264 - 4

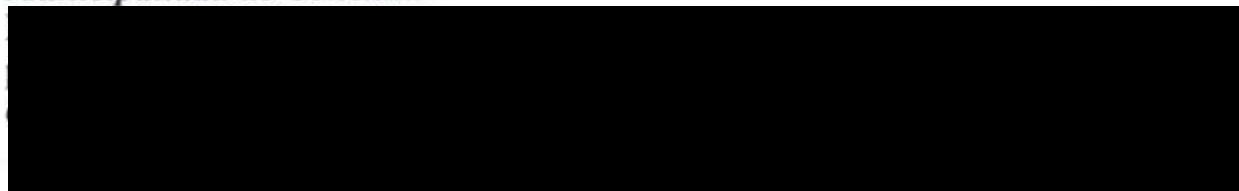
Oliveros
Firma Profesional Prescriptor



Santiago, 27 de Junio de 2025

SRES:

Municipalidad de Conchali



<i>Examen</i>	<i>Valor</i>
<i>RNM Pelvis con contraste</i>	<i>(Fonasa) \$105.800</i>
	<i>(Particular) \$150.000</i>

**ENVIAR CHEQUE AL DIA A NOMBRE DE “JARA Y COMPAÑÍA
S.A”**

Esperando tener una buena acogida en la preferencia de nuestro Centro de Imagen.

saluda atentamente,

*JARA Y CIA. SA.
76.142.560-9*



Monjitas 743 Teléfono para solicitar hora 226641191 - 226641442



27-06-2025

Señores
Municipalidad de Conchali
Presente

Tengo el agrado de hacer llegar cotización
por lo siguientes examenes

CÓDIGO	EXAMEN	CANTIDAD	VALOR	TOTAL
40501113	RM PELVIS CON CONTRASTE	1	\$169.280	\$169.280
				\$0
				\$0
				\$0
				Subtotal \$169.280
				IVA EXENTO \$0
				Total a Pagar \$169.280

Condiciones:

Validez 30 días a contar de la fecha de emisión.

Forma de pago cheque, efectivo o transferencia bancaria a nombre de CENTRO DE DIAGNOSTICO

POR IMÁGENES BLANCO SPA RUT 87.675.600-5 BANCO BCI CUENTA CORRIENTE N° 81520832

Atención Av. Salvador 41,65,149 Metro Salvador. Solicitar hora e indicaciones al 224905500 6004205500

Agradecemos la oportunidad de cotizar y quedamos a su disposición para cualquier consulta.

Atentamente,

Area Comercial
224G05567
admin.convenios@laboratorioblanco.cl

SANTIAGO

Avda. Salvador 41,65,149. Príncipe de Gales
Local 200, local 5 y oficina 229. Las Condes
Ley Fuster 1200, local 5. Las Condes
Las Haciendas 552, Vitacura
Avda. 5 se Avenida 22. Matriz. Reina 120. Maipú

ANTOFAGASTA

Manuel Antonio Matto 1000 Oficina 201/2 Libran. Copiapo
General Manuel Bulnes 300

CALAMA

Grenadieros 1202

COPIAPO

Villaseca 214 (S/N)

Calle Centro 100 224905500 6004205500
www.laboratorioblanco.cl

MONEDA 1040 PISO 8 FONO: 226714105

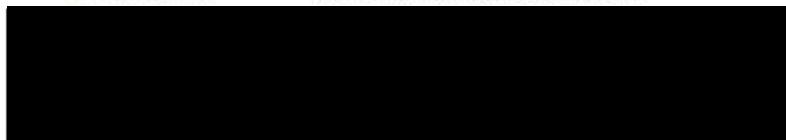
226718526-226885627-226733620



SANTIAGO 27 de JUNIOI 2025

COTIZACIÓN

ATENCIÓN A: MUNICIPALIDAD DE CONCHALI



CODIGO	PRESTACIÓN	VALOR FNS	VALOR PART
	RMN DE PELVIS C/ CONTRASTE		\$ 120,000
TOTAL			

Esta cotización tiene una validez de 30 días a partir de la fecha entregada.

Debe ser presentada en el momento de tomar su examen.

Solicitar hora vía telefónica

Para pago con cheque, debe tener en cuenta, el valor de este debe ser igual al monto de la cotización, ya que no se entregarán devoluciones o simplemente no se podrán recibir, por lo tanto debe estar seguro de la previsión del paciente y siempre enviar la orden médica.

Venta de bono electrón: Traer Orden Médica con datos de su médico y carnet de identidad del paciente.

Forma de pago: Contado - Cheque

Datos Cheque:

Nombre: Laboratorio clínico Cruz del Sur Ltda

Rut: 78.488.470-8

Correo electrónico: cdslab@gmail.com

Horario de atención: Lunes a Viernes : 08:00 a 17:00 Hrs

Sábado: 08:00 a 12:00 Hrs

Responsable de cotiz PATRICIA CASTRO F

Saludos cordiales.

MONEDA N° 1040 PISO 9

FONO: 226718526-226885627-226714105

226733620-226730649

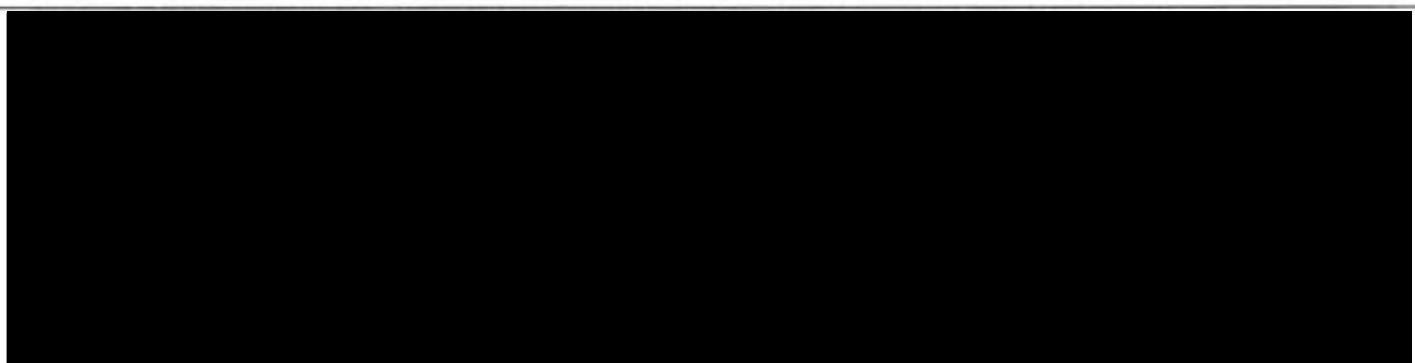
MAIL: CDSSLAB@GMAIL.COM

WWW.CDSSLAB.CL

LADORATORIO CLÍNICO
CRUZ DEL SUR LTDA.
Rut: 78.488.470-8

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Castro F.'

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	308420	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:

FIRMA:

TIMBRE:

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

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 09 25

RECIBO

NOMBRE

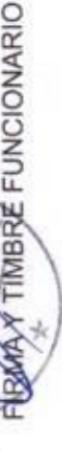
DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

(PROGRAMA ASISTENCIAL)

EJERCICIO



A (mamá)



NUEVA SSI S.A.

FÍNAL CLÍNICA LAS CONDES

NUEVA SSI SA

CENTROS MEDICOS PRIVADOS (ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA)
OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA PRESTADA POR EMPRESAS
CASA MATERNA LO FONTECILLA #453 - LAS CONDES - SANTIAGO
SUCURSALES: CHICUREO S/N - COLINA LOS PRESIDENTES #8650 - PEÑALOLÉN

R.U.T.: 77.287.693-9

**BOLETA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº 684198

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

Fecha Emisión : 24-09-2025

RUT 23 444 298-8

Señor(es)

Dirección

Ciudad

Eicha

Сотни

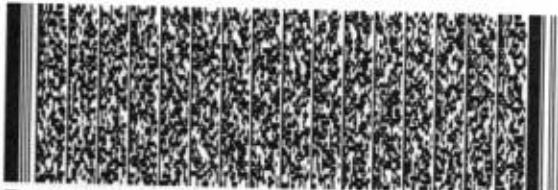
LAS CONDES

Clase Episodio : AMBULATORIO

Fecha Admisión:

Nro. Episodio : 2002606872

CODIGO	CI	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
PCA1701001		TEST DE TILT	1	209.788
				
			MONTO EXENTO TOTAL	\$ 209.788 \$ 209.788



Timbre Electronico SII

Res. 80 de 22-08-2014 Verifique Documento: www.sii.cl



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 14 de Julio 2025

INFORME SOCIAL

[REDACTED]

Es cuanto puedo informar, Atte.

mejor /

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DEPARTAMENTO DE
SIST. SOCIAL

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.
228286534 / fguijuelos@conchali.cl





REDACTED

Dra. Daniela Navarrete Balart
Neurología Pediátrica
R.U.T : 17.702.691-3
dra.danielanavarretebalart@gmail.com
RCM: 39354-1
RSI: 553231



Rp:

des desacelero

- Tilt test

Dra. Daniela Navarrete B.
Neurologa Pediátrica
Rut: 17.702.691-3
RSI 553231

MD

Firma

PRESUPUESTO ESTIMADO AMBULATORIO

Datos Paciente & Médico

Nombre:		Médico tratante:	MEDICO STAFF(Staff)
Rut:		Fecha presupuesto:	10/07/2025
Teléfono:		Vigencia hasta:	10/08/2025
Isapre:		Modalidad:	Ambulatorio
Plan:			

Detalle

Prestaciones

Código	Fonasa	Prestación	Cantidad	Valor unitario	Valor total
PCA1701001 -		TEST DE TILT	1	\$209.788	\$209.788

Total estimativo clínica

\$209.788

Glosas:

CONDICIONES DEL PRESUPUESTO

Los valores de los presupuestos son estimativos y corresponden a gastos del procedimiento o tratamiento solicitado por su médico tratante en la orden médica. Los valores de este presupuesto pueden variar en caso de modificaciones o cambios en el diagnóstico, evolución clínica, procedimientos y/o intervención quirúrgica presupuestados sin que ello sea responsabilidad de Clínica Las Condes y/o el médico tratante. Ello podría producir diferencias entre los valores presupuestados y la cuenta real. Los gastos de materiales y medicamentos corresponden al precio promedio indicados a paripuestar. Honorarios del Programa del Doctor, Banco de Sangre, biopsias y/o exámenes que no están especificados en su presupuesto.

PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICAS Ubicación: Piso 4 Edificio Gmr Horarios de Atención: lunes a viernes 08:00 a 19:30 hrs. Teléfono: 22 610 2503 Email: mtejo@clinicascondes.cl

¡APROVECHA TU CRÉDITO!

En Clínica Las Condes tu puedes pagar con la tarjeta de crédito a 12 meses sin interés en todas las prestaciones de salud.

ESTE VALOR CORRESPONDE A FONASA LETRA B, C, D

INDICACIONES DE EXAMEN TILT-TEST

INDICACIONES PARA EL EXAMEN

- Ayuno de 4 horas.
- Paciente debe venir acompañado por un adulto.
- Se sugiere traer ecocardiogramas anteriores u otros exámenes cardiológicos, si los tiene.
- El día del examen, deberá presentarse con vestuario y zapatos cómodos.

ADmisión DEL PACIENTE

- Traer cédula de identidad, en caso de ser paciente extranjero traer su pasaporte.
- Imprescindible para su ingreso, el paciente deberá traer la solicitud del examen (orden médica).
- Si Ud. no cumple con los requisitos, el examen o procedimiento no podrá realizarse y deberá sin pendido para otra ocasión.

IMPORTANTE

Para su ingreso, el paciente debe presentarse 10 minutos antes de la hora solicitada, en el Departamento de Procedimientos Cardiológicos, Edificio Gmr, 4to. Piso.

Si por razones de fuerza mayor usted no pudiese asistir a su cita, le abraremos informamos al (teléfono 2 2 610 2500)

Gen001cg

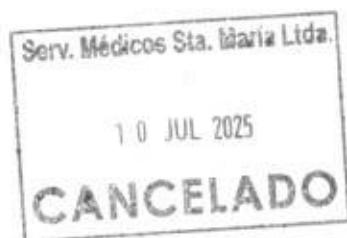
INFORME DE PRESUPUESTO

Codigo	Prestación	Cantidad	Habil(\$)	Inhabil(\$)
Exámenes: 17-91-002-00				
Preparación :	TILT TEST -EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN ES EL ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO, RESPONSABLE DE MANTENER LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA FRECUENCIA CARDIACA. -DADO QUE LA CLÍNICA ES UN CENTRO DE ALTA DEMANDA, LE SUGERIMOS LLEGAR 15 MIN. ANTES, EL ESTACIONAMIENTO Y LA RECEPCION. -EL EXAMEN ES PARTICULAR, VER SI SU ISAPRE LE REMBOLSA. -DEBE TRAER ORDEN MÉDICA, SIN ESTA NO SE ATENDERÁ. -AYUNA DE 6 HORAS -TRAER REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA (NOMBRE, DOSIS, HORARIO). -SI DEBE TOMAR ALGUN MEDICAMENTO, TÓMELO SOLO CON UN SORBO DE AGUA. -SOLO SI SU MEDICO AUTORIZA, SUSPENDA LOS MEDICAMENTOS BETABLOQUEADORES 48 HRS. ANTES: MEDICAMENTOS BETABLOQUEADORES COMO: PROPAANOLOL, ATENOLOL, CARVEDILOL, NEBIVOLOL, BISOPROLOL, CELIPROLOL, DILTIAZEM Y TODOS LOS CON NOMBRE COMERCIAL COMO:BETACAR, LABOTENSIL,DILATREND,BETAPLEX,DUALTEN, NEBILET,CONCOR, ZIAL, SELECTOL, TILAQUEM,ACASMUL,TILDIAZEM. -SI TIENE EXAMENES PREVIOS TRAIGALOS. -USAR ROPA Y ZAPATOS CÓMODOS. -TRAER OTRA MUDA DE ROPA. -NO TRAER JOYAS,SIN MAQUILLAJE Y SIN PINTURA DE UÑAS (ESTO INCLUYE A LOS NIÑOS). -VENIR ACOMPAÑADO. -DEBERÁ FIRMAR CONSENTIMIENTO, EN EL CASO DE MENORES DEBERÁ SER FIRMADO POR ADULTO RESPONSABLE. -SER PUNTUAL, EN CASO DE ATRASO, SE ESPERÁ SOLO POR 15 MIN. -DURACIÓN APROXIMADA, 1 HORA 30 MINUTOS. - DEBE RETIRARSE ACOMPAÑADO, NO PUEDE CONDUCIR. - EL RESULTADO ESTARÁ DISPONIBLE EN 5 DÍAS HÁBILES , RETIRO PRESENCIAL, RECEPCIÓN CARDIOLOGIA TERCER PISO TORREC AVENIDA BELLAVISTA 0415.	1	276.400	276.400
Total Exámenes :		1	276.400	276.400

EMITIR BONO A NOMBRE DE : SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LTDA RUT : 77200240- 8

Total Presupuesto : 1 276.400 276.400

Presupuesto emitido por : ORFANOZ CABRERA MARITZA





Alemana®

Nro. Presupuest:

10-07-2025 04:00:59PM

PRESUPUESTO

LAB. CARDIOLOGIA (4313)

Tipo	Código	Nombre	Tarifa c/IVA	Cantidad	Recargo		A Pagar			
					Horario	Urgencia				
Prestación	591040	TILT TEST	291,898	1	0	0	291,898			
Emitido por:			Total Presupuesto		291,898					
Detalle Cod / Exam			Código Bono según Prestación							
591040										
TILT TEST										

Los exámenes y valores descritos más arriba son sólo referenciales
Presupuesto válido hasta el 31-12-2025

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	308791	EXAMENES	(SSA)	1	0		
	308792	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 GUJUELOS SANHUEZA
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

Cecu Meli /

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 09 25

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

(PROGRAMA ASISTENCIAL)

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA Y TIMBRE PÚBLICARIO



Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

946513929

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0096942400-2 Megasalud S.A.

PRESTACIÓN

		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0404121	1 ECOGRAFIA ABDOMINAL O DE VASOS TESTICULARES	\$102.130	\$31.920	\$0	\$70.210
	Totales	\$102.130	\$31.920	\$0	\$70.210



A Pagar: \$ 70210

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0016145843-0 | Derivado por: 0096942400-2 redsalud

Firmado electrónica por DELFINO GORIGOITIA EMILIO AMADOR | Auditoria BONO-N5LE-E1LF-FTQW

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

946514460

Convenio: 13063 - Redsalud Conchali Medico

Fecha Emisión: 2025-09-26

Hora: 09:10:52

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN



DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0096942400-2 Megasalud S.A.

PRESTACIÓN

		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0404003	1 ECOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO, VÍA BILIAR, VESICULA, PANCREAS, RINONES, BAZO, RETROPERITONEO Y GRANDES VASOS)	\$43.340	\$13.550	\$0	\$29.790
	Totales	\$43.340	\$13.550	\$0	\$29.790

A Pagar: \$ 29790

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0016145843-0 | Derivado por: 0096942400-2 redsalud

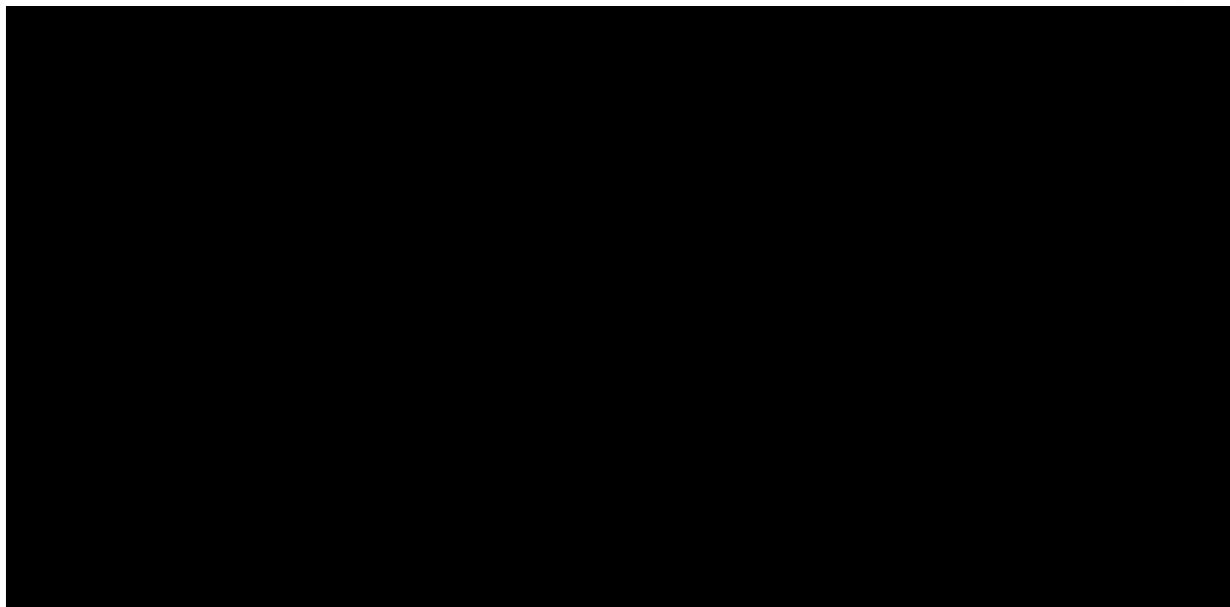
Firmado electrónica por DELFINO GORIGOITIA EMILIO AMADOR | Auditoria BONO-N1LE-E1P7-RXPR



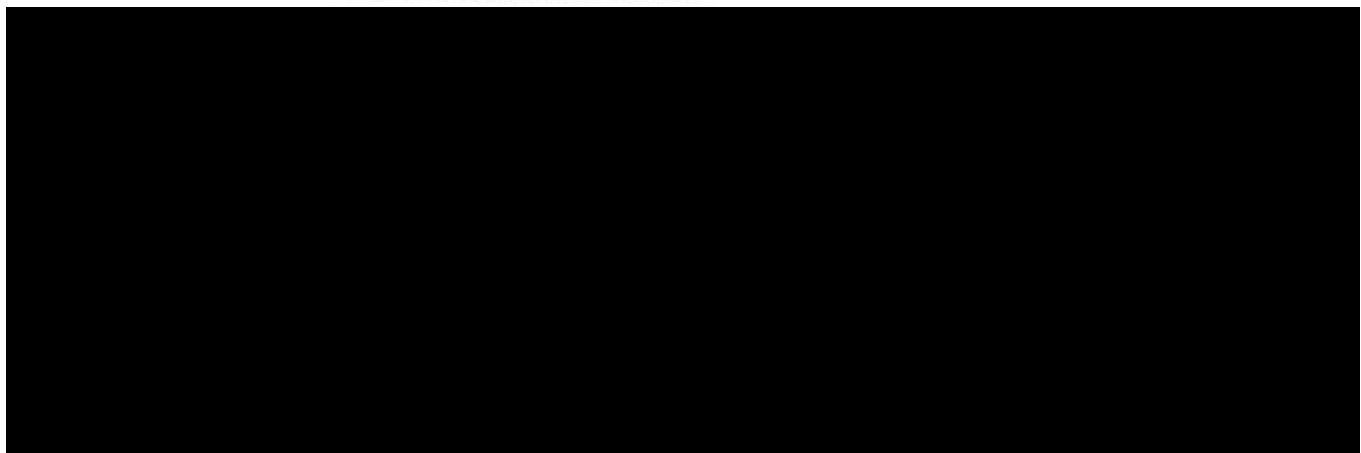
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 15 de mayo, 2025

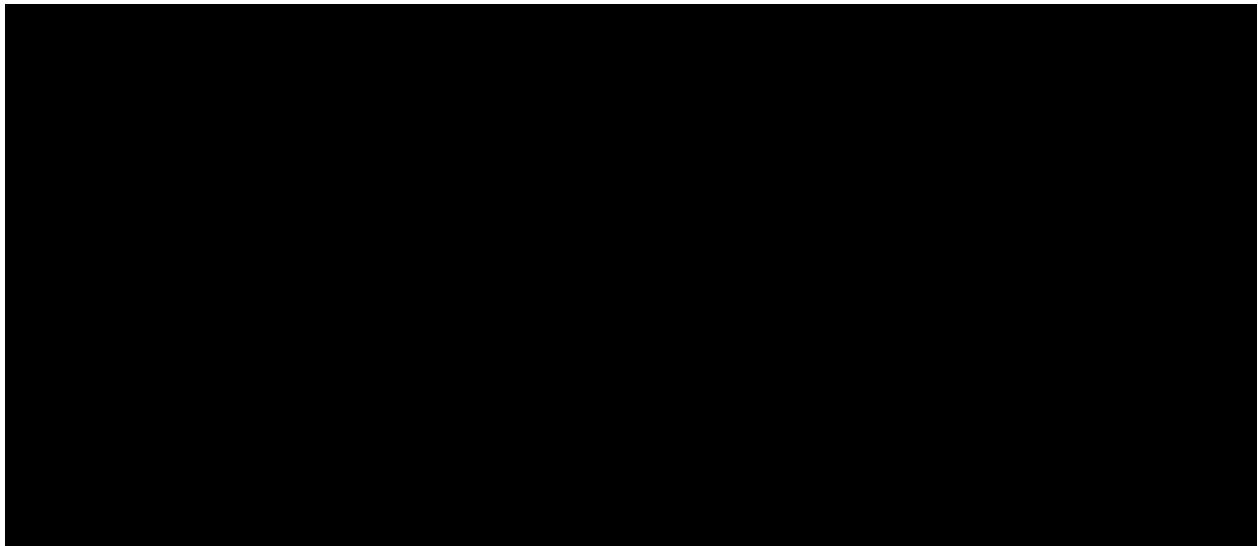
INFORME SOCIAL



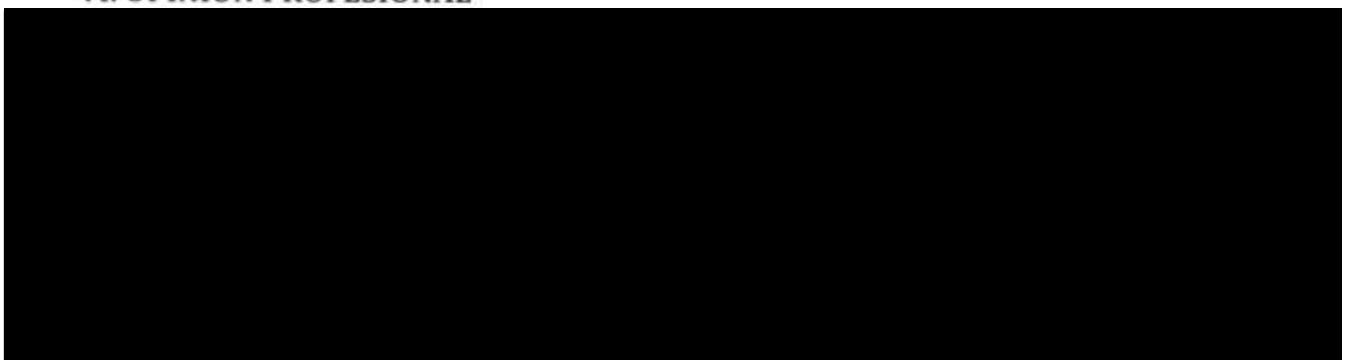
II. IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR



IV. SITUACION DE SALUD



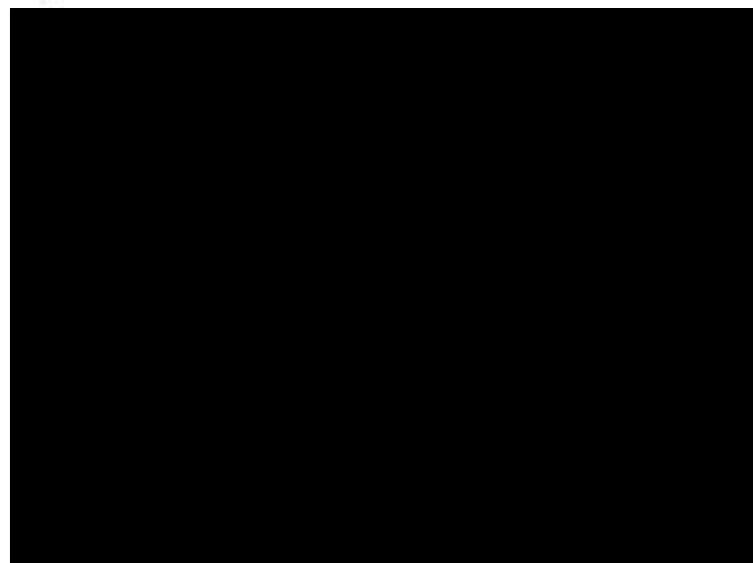
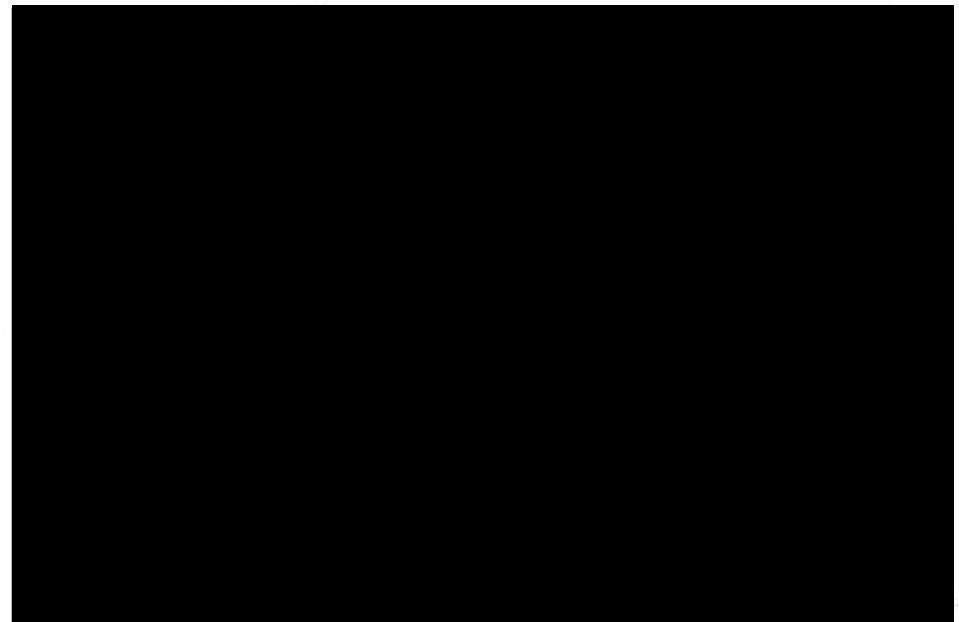
VI. OPINION PROFESIONAL



Sin otro particular, se despide cordialmente

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DEPTO.
ASIST. SOCIAL
Fernanda Guijuelos S.
Trabajadora Social
Municipalidad de Conchalí

fgs



Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl

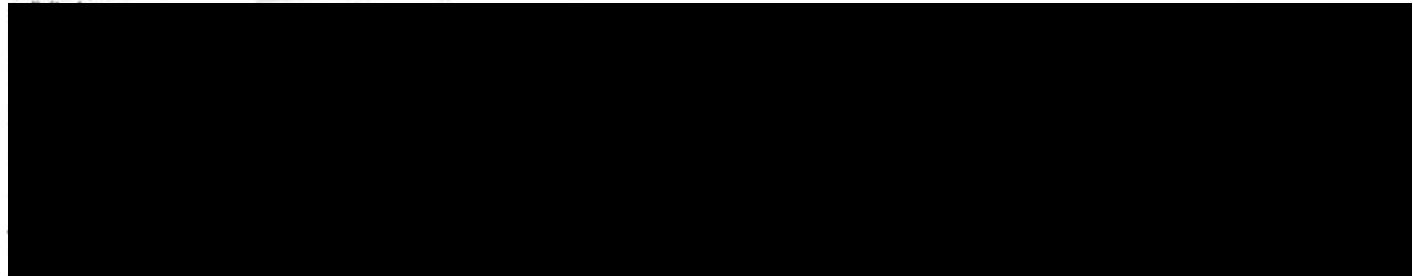
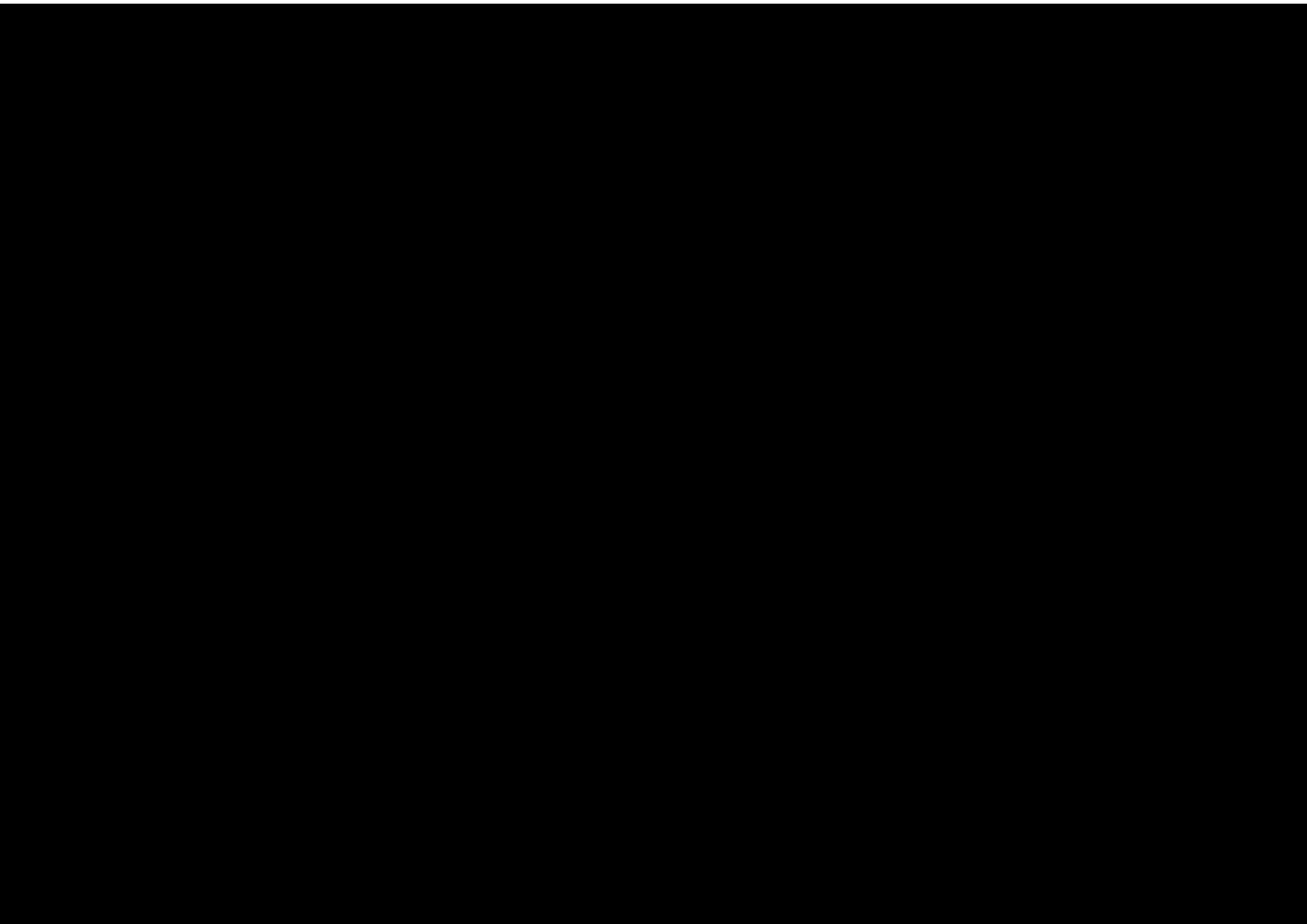


¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.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
Dr. Lucas Sierra [CGU]

ORDEN DE ATENCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS



DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

ANABALON

Primer apellido

189547803

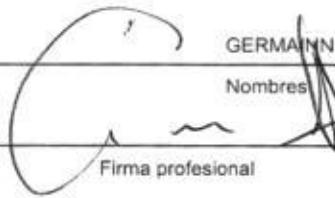
RUN

ARENAS

Segundo apellido

GERMANNE

Nombres



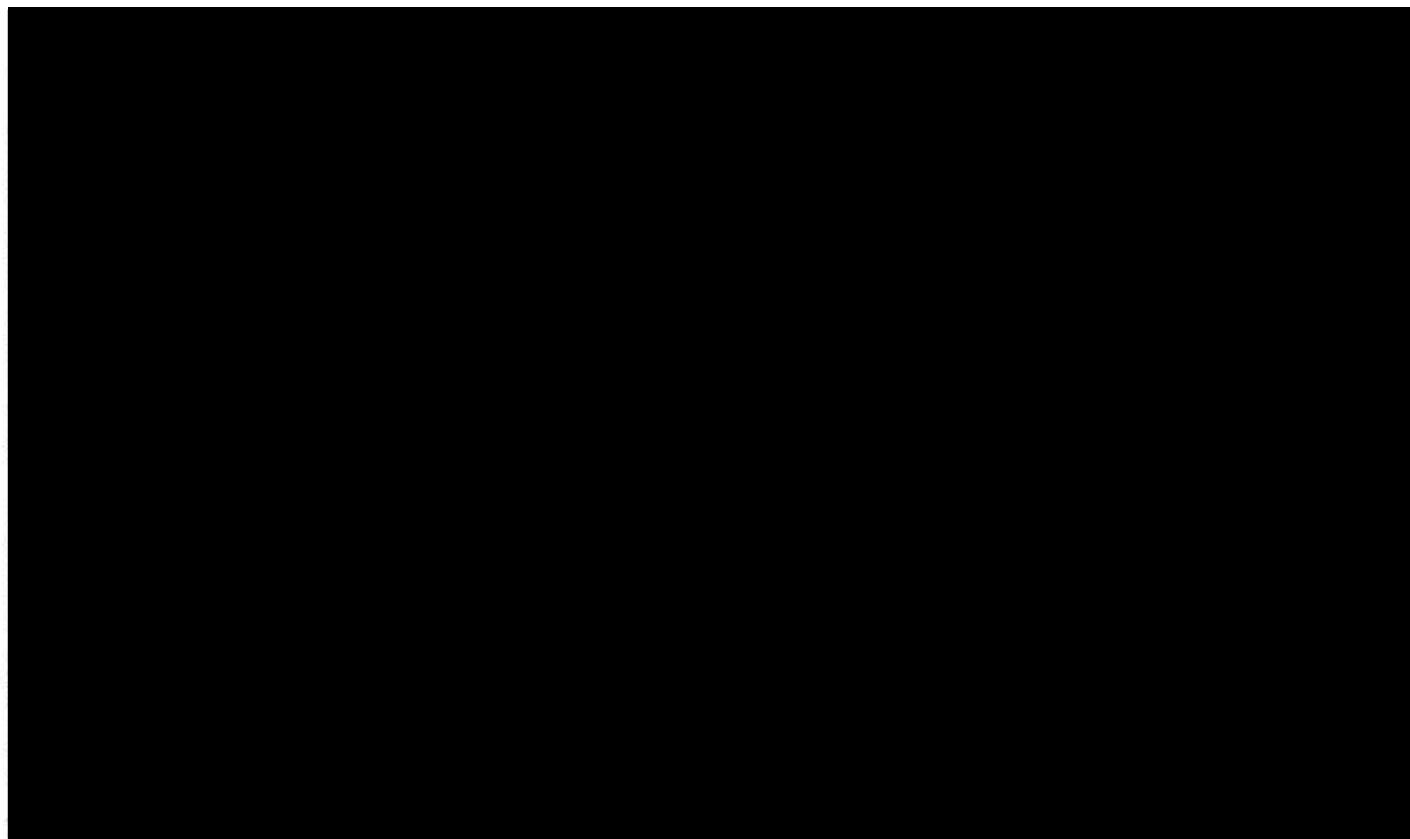
A handwritten signature consisting of a large, stylized oval on the left, a wavy line in the middle, and a more detailed, cursive name on the right.

Firma profesional

MINISTERIO DE SALUD

S.S. Metropolitano Norte

Dr. Lucas Sierra [CGU]

ORDEN DE ATENCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Nombre Padre

Nombre Madre

**DATOS DEL (LA) PROFESIONAL**

ANABALON

Primer apellido

189547803

RUN

ARENAS

Segundo apellido

GERMAINNE

Nombres

Firma profesional



Laboratorios Médicos
SANTIAGO CENTRO

Fecha:	10/julio/2025
Oficina	427

Institución:	[REDACTED]
Paciente:	[REDACTED]
Edad:	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]

EXAMENES	Valor PARTICULAR
ECOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	\$28.000
ECOTOMOGRAFIA DOPPLER RENAL	\$62.000
TOTAL	\$90.000
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 bonos sean emitidos de forma inmediata.
Cotizacion Realizada por:	KATHERINE BROOKS
Autorizada Jefa	CAROLA GUTIERREZ

22-632-8705 * 22-632-8707 * 22-639-2276

Watsapp: +569-4020-3584

www.laboratoriosmedicos.cl

info@laboratoriosmedicos.cl

DIAZ NOVOA Y CIA LTDA.
RUT: 76.252.410-4

PRESUPUESTO ALFAMEDICA

SANTIAGO, 06 de AGOSTO 2025

Nombre Institución	MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Nombre Paciente	[REDACTED]
RUT	[REDACTED]
Nombre de Contacto	[REDACTED]
Emitido Por	[REDACTED]
Forma de Pago	Efectivo o Cheque nominativo y cruzado a nombre de: SOCIEDAD DE TECNOLOGÍA DIAGNOSTICA LTDA.

Cantidad			Código	Valor Unitario	Valor copago
1	ECO DOPPLER RENAL	FONASA	404121	\$	31.910
1	ECOGRAFIA ABDOMINAL	FONASA	404003	\$	13.540
		SOCIEDAD DE TECNOLOGÍA DIAGNOSTICA LTDA. RUT: 77.051.510-6			
		"CENTRO MEDICO Y DIAGNOSTICO ALFAMEDICA" FONOS: 227325000 - 227325001 EXENTO DE IVA			
				Totales	\$ 45.450

VIB® otorgado por:

ANITA HIYO

PRESUPUESTO

Nombre del paciente

Rut:

Previsión:

Examen:ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL.

Códigos:0404003

Valor: \$...29.790....-

Examen:ECOTOMOGRAFIA DOPPLER RENAL.

Código:0404121

Valor: \$...70.210....-



Megasalud SpA

rut 96.942.400-2

Santiago, agosto 2025.

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	310314 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:

FIRMA:

TIMBRE:

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

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

23 09 25

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

receptor y



FIRMA Y FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA BENEFICIARIO

23/09/25 Santos soy

FARMACIAS CRUZ VERDE SPA

R.U.T.: 89.807.200-2

Casa Matriz: AVENIDA EL SALTO 5.4875, HUECHURABA,

HUECHURABA

Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, MINIMARKET, SERVICIOS
POSTALES Y DE RECAUDACION

Boleta Electrónica Nro: 1612425996 Caja:3

Fecha: 22-09-2025 Hora:12:49:20

Sucursal: 5 Avenida Pedro Fontova Nro. 7523 HUECHURABA

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
PIASCLEDINE CAP.300MG.30	2	36.290	72.580
***DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE		-14.516	
SUBTOTAL BOLETA \$		58.064	
TOTAL NETO \$		48.793	
TOTAL EXENTO \$		0	
TOTAL IVA(19%) \$		9.271	
TOTAL \$		58.064	

PRODUCTOS	1	UNIDADES	2
Ajuste Ley 20.956			-4
Dinero		\$	60.000
Efectivo		\$	58.060
Vuelto		\$	1.940

HOLINDA DE LAS MERCEDES NUÑEZ

Vendedor: 23966 JAZMIN CATALINA RIVERA R [247361]

Socio Club Cruz Verde

PORQUE ERES SOCIO DEL CLUB CRUZ VERDE HAS AHORRADO:

EN ESTA COMPRA: \$ 14.516

EN LOS ULTIMOS 12 MESES: \$ 14.516

*Información de descuentos ya aplicados

VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA LTDA.

RUT: 79.610.730-8

GIRO: ALMACENES MEDIANOS (CUENTA DE ALIMENTOS), SUPERMERCADOS, MINIMARKETS, FARMACIAS I

CASA MATERIZ: Egata 268

Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE

Sucursal Emisión: AV. INDEPENDENCIA 1012-1014, LOCAL A

Boleta Electronica-Nro.: 22427968

Fecha Emisión: 22-09-2025

Boleta de Referencia; Comuna:INDEPENDENC

Descripción

Código	Cant.	Unitario	Valor
NEUROBIONTA ADV X30 COMP			
7500435221030	2.00	x	16.900
CARVEDILOL 12.5X30(Z)MEDINO			33.800
4004164	6.00	x	1.680
			11.280
TOTAL			45.080

Total Pagado

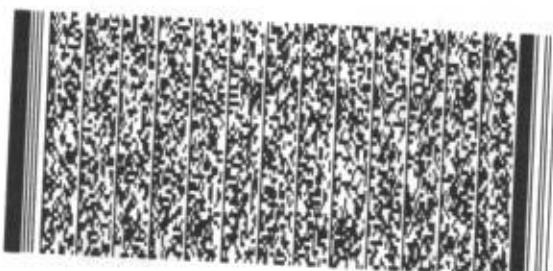
50000

VUELTO

4920

El IVA de esta boleta es \$7.198

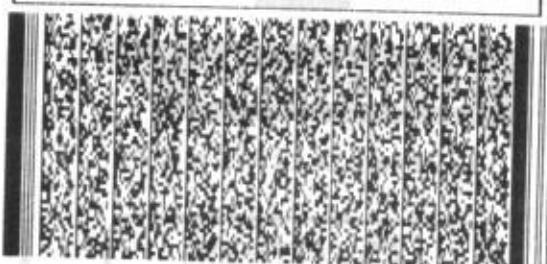
FAR:INDEPENDEN VEN:BERNARDA VERA



Timbre Electrónico S.I.I.

Resol. 80 del 2014

Verifique Doc.: www.facturacion.cl/ecofarmac/boleto



Timbre Electrónico SII
Res. 19 7-2-2011 Verifique Documento: www.sii.cl



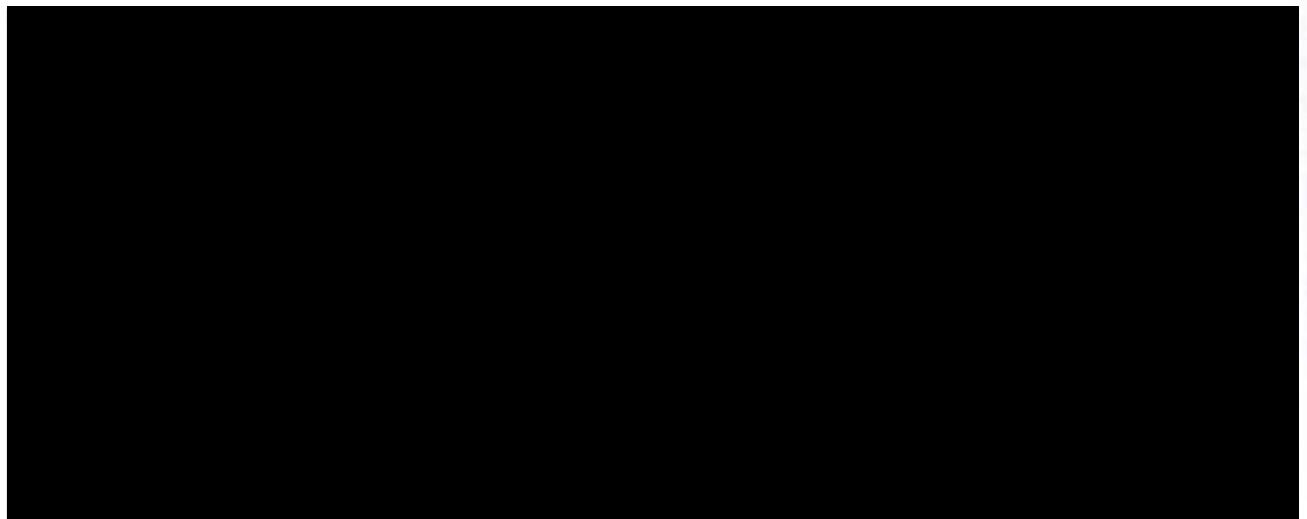
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 07 de agosto 2025

INFORME SOCIAL

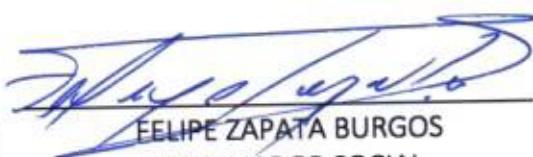
[Large black rectangular redaction box covering the majority of the page content.]

[Large black rectangular redaction box covering the bottom portion of the page content.]

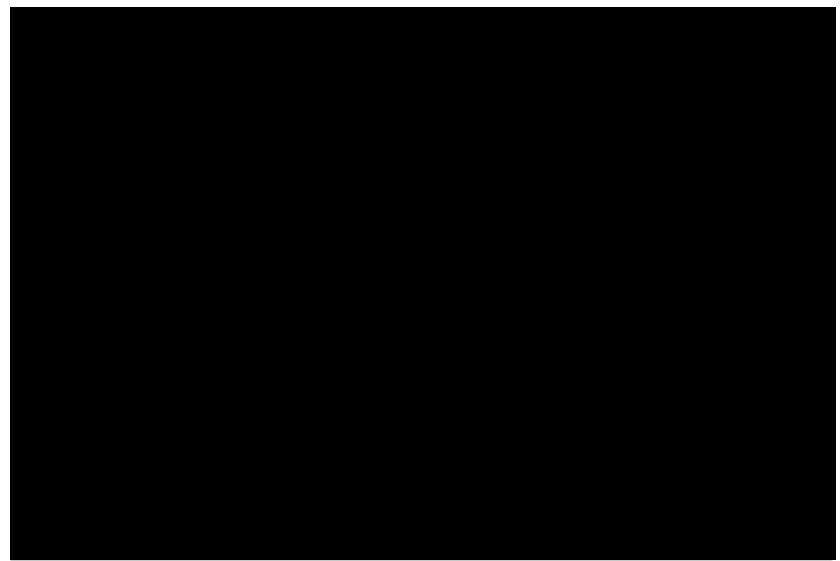
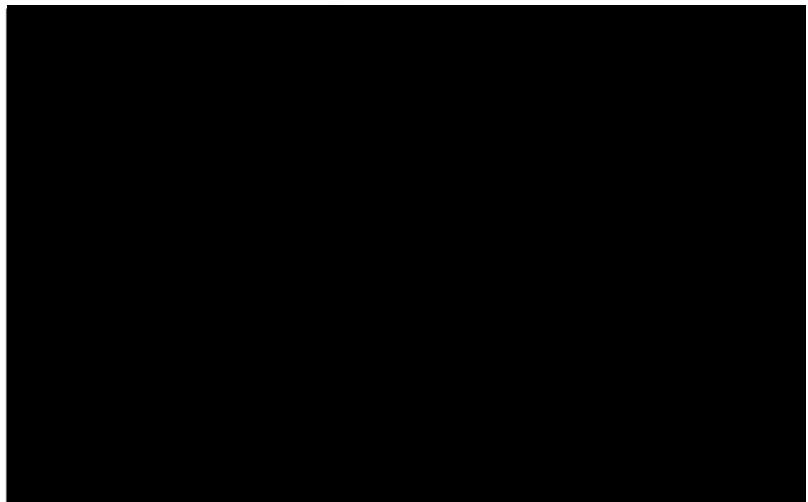


Es cuanto puedo informar, Atte.




FELIPE ZAPATA BURGOS
TRABAJADOR SOCIAL

AOD



1 0 0 0

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

Nombre de _____

Nº de Ficha _____

Indicaciones: _____

Rp:

Paxedilme 300 mg
1 coup al dia
Neurobionto conquitos
1 coup al dia

Catredilol 12,5 mg
1 coup al dia
for 6 meses

Nombre y Timbre Médico

Firma

Fecha: 7/08/23

Nº Col. Médico _____

Dr. Andrés Medranda Z.
Médico Familiar
Rut: 14.710.354-9
R.C.M: 24.257-8

Copia de Receta ABF

Cotización

2 DUALTEN 12,5 mg \$ 45.798.
2 PIASCLEDINE \$ 73.398.
2 NEUROBIONTA Compr. \$ 45.398.



**farmacias
ahumada®**

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

 **ABF**
CHILE
Administradora de Beneficios Farmacéuticos

COTIZACION..
FARMACIAS BELEN
La Palma 3370-A
(56 2) 22477423

Codigo	Descripción	Cant.	Precio
6356	DUALTEN 12.5MG COM 30	2	\$31 980
258245	PIASCLEDINE 300MG CAP 3	2	\$61 800
11037	NEUROBIONTA ADV. COM 30	2	\$39 780

TOTAL: \$133.560

Su Vendedor(a) fue SILVIA CUEVAS
Gracias por su preferencia

Fecha: 05-08-2025 Hora: 10:43:47
Visitenos en <http://www.farmaciasbelen.cl>

Pasaporte.

Durften - \$ 14990 x 2 \$ 28980

Pias de dñe \$ 26990 x 2 \$ 53980

Neuro bionta \$ 20490 x 2 \$ 40980

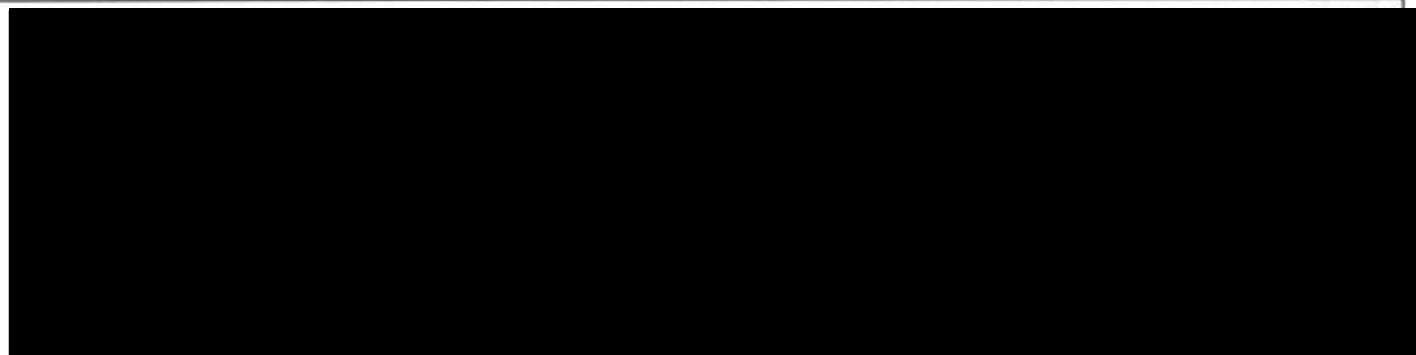
Farmacia Saludfontova SPA

Rut: 77.398.688-6

Avenida Pedro Fontova 4965

Conchali

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	310018	AYUDA ASISTENCIAL	(1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Ana Olmos



Municipalidad de Conchalí
Dirección Desarrollo Comunitario
Departamento de Asistencia Social

DECLARACION PROFESIONAL TRATANTE

De acuerdo a la LEY 19880: QUE ESTABLECE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ORGANOS DE LA ADMINISTRACION 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 TRAVES DE CORREO ELECTRONICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALÍ

29 09 25



NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

X. Alejandra S.
FIRMA BENEFICIARIO



R.U.T.: 76.309.942-3
COMERCIALIZADORA MARTIMED
LIMITADA
S.I.I. SANTIAGO NORTE
BOLETA ELECTRONICA: 123046
Giro: VENTA DE ARTICULOS ORTOPED
ICOS INSUMOS MEDICOS
Direccion: SANTIOS DUMONT 1030-B
- INDEPENDENCIA
Emision: 25-09-2025
DETALLE
VARIOS 1X158.400 158.400

Neto \$ 133.109
IVA \$ 25.291
Total \$ 158.400



Timbre Electronico SII
Resolucion 80 de 2014
Verifique Documento: www.sii.cl
Operado por: ingepav.cl

L1 Santos dumont

Cliente

COMPROBANTE DE VENTA N°

V/ 2 FARIAS

FECHA: 25-09-2025
DETALLE

CLIENTE:

R.U.T.:

DIRECCION:

COMUNA: CIUDAD:

PAIS :

TELEFONOS:/

TRANSPORTE:

CODIGO	COL.	PRECIO	TOTAL
014-057	PLACA 70 NATURA	4.100	98.400
014-058	416423 BOLSA 70	2.500	60.000
48 Prendas			SUBTOTAL: 158.400
			REDONDEO: 0
			TOTAL: 158.400

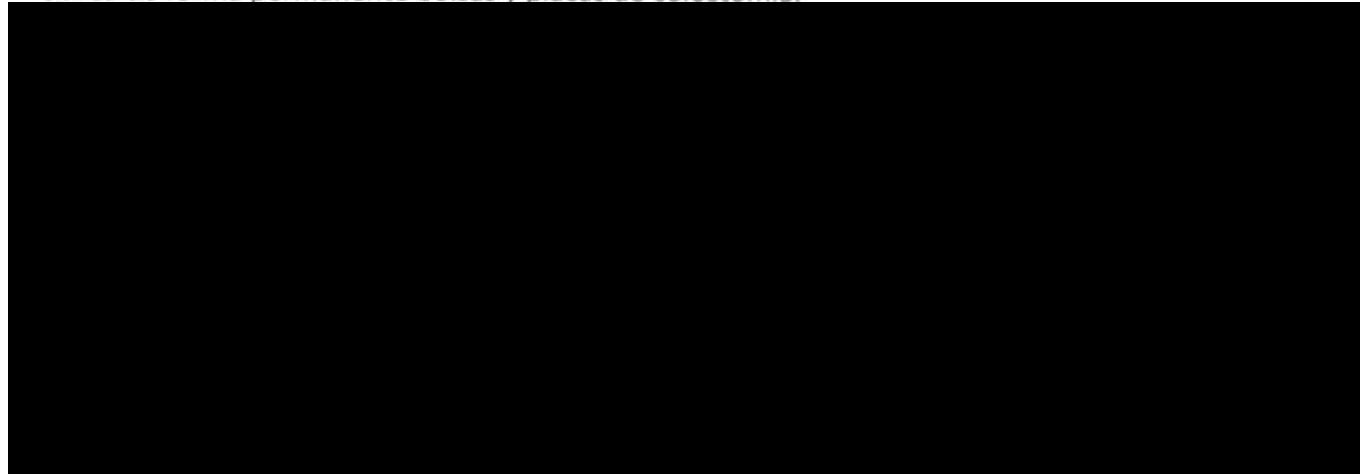
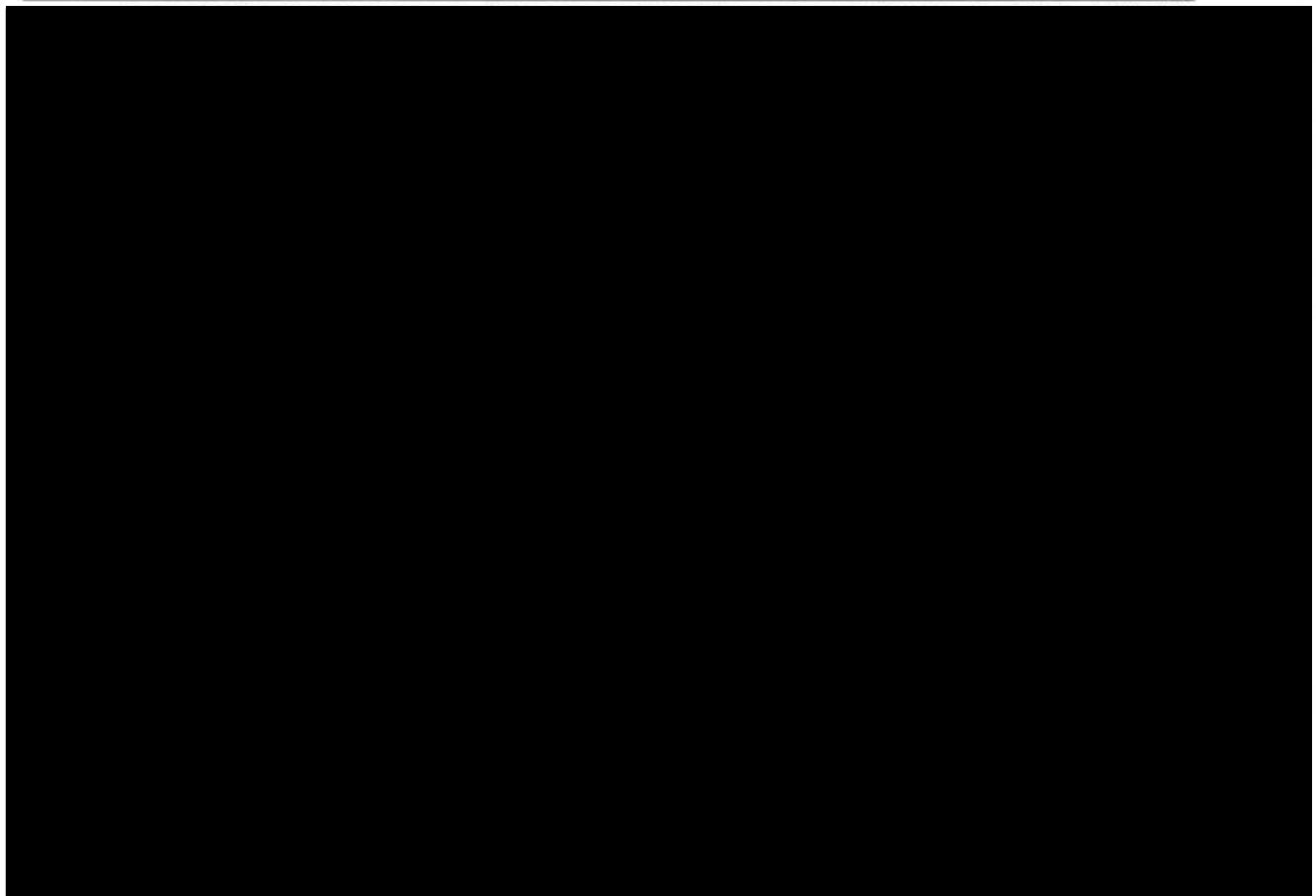
COMPROBANTE NO VALIDO COMO BOLETA
GRACIAS POR SU COMPRA



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

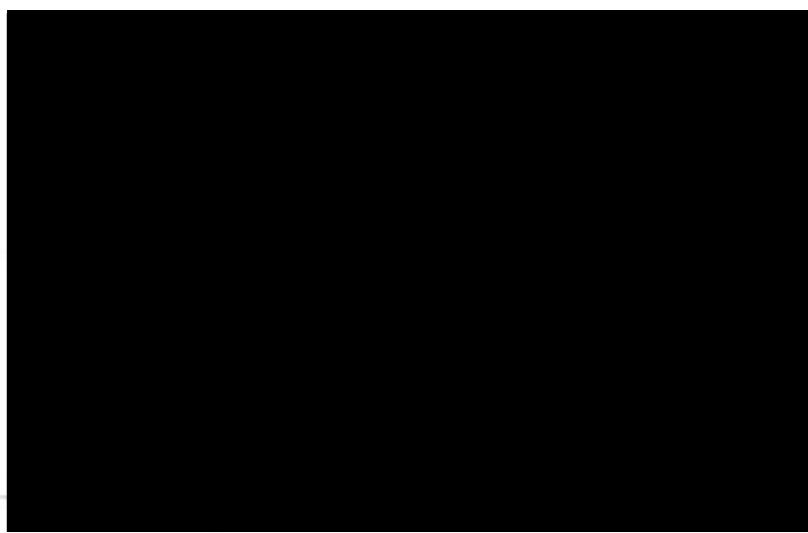
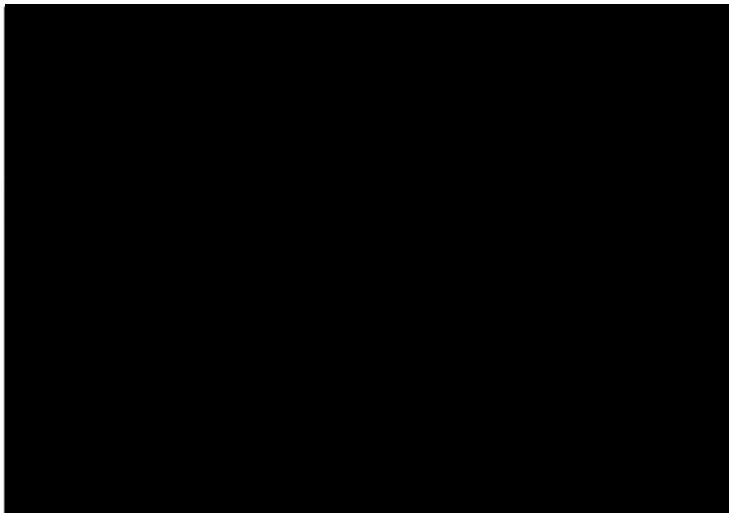
Conchalí, 22 de Julio 2025

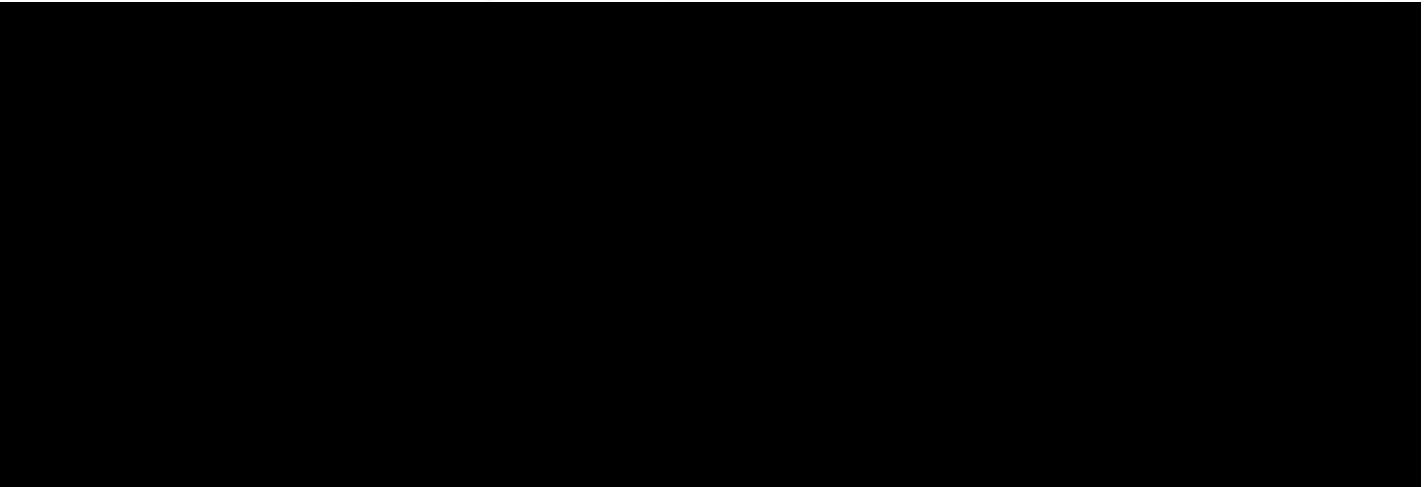
INFORME SOCIAL



Es cuanto puedo informar, Atte.

Cecilia Meli /
FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.
228286534 / fguijuelos@conchali.cl





Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.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.



Corporación de Educación, Salud
y atención de Menores de Conchalí

Nombre y Timbre Médico

Dra. Morella Morón M.
Médico Cirujano ^{Irma}
N° Col. Médico 26.911.519-K

Fecha: 09/07/25 N° Col. Médico _____



Corporación de Educación, Salud
y atención de Menores de Conchalí

10-06-25

Nombre y Timbre Médico

JESÚS BERRIO OSPINO
24.339.861-4
MÉDICO

Firma

Fecha: _____ / _____ / _____ N° Col. Médico _____



marlene.sotoriffo@gmail.com

Marlene Soto Riffo
RUT: 11.910.028-3
INDEPENDENCIA 956
INDEPENDENCIA
FONO: 228238896

COTIZACION N° 1.718

L3 Independencia

23-mayo-2025

OBSERVACIONES

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-057	PLACA 70 NATURA (125266)	\$ 3600	10	3.605 36.050
014-058	BOLSA 70 NATURA (416423)	\$ 2261	10	2.261 22.610
SUBTOTAL				58.660
DESCUENTO				0
NETO				58.660
I.V.A.				11.145
TOTAL FINAL				69.805

Marlene Soto Riffo
11.910.028-3
Av. Independencia 956

Placa 70 mm convatec
\$46.000 x 10

2^o Bolsa 70mm convatec
\$28.000 x 10.

hdc

6747-9

pb

10

adr

10

 **TriMedic**
76.847.721-3
Av. Independencia 920
Fono: 224016358

total \$65400

valida por 15 dias

ORTOPEDIA SUIZA SPA
Dr. Carlos Lorca Tobar 1080 B
Local 3102 +569 39107678
Independencia, Rut: 76.194.079-1

IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN Y VENTA DE PRODUCTOS ORTOPÉDICOS
LAS CONDES • LA FLORIDA • PEÑALOLÉN • PUENTE ALTO • ÑUÑOA
www.ortopediasuiza.cl

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	309231	BOLSA DE COLESTOMIA	1	0			
INFO	309232	INFORME SOCIAL	(D)	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:

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

FIRMA:

DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

TIMBRE:

MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

Cumplido!

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.