



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

DECRETO DE PAGO
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

LA SUMA DE \$:1.038.975

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

POR LO SIGUIENTE:

7° 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 DIDECO - 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			M-35
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9051526
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9051527
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9051528
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		138.975		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° HOMBRE
EGRESO N° FECHA DE PAGO R.U.T.
FIRMA

V°B° TESORERO

RECIBI CONFORME

MEMO N° 38 /2025

ANT; Rendición mes de septiembre 2025.
Decreto pago N° 2178 fecha 05/09/2025

Conchalí;

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 N° 9051526, 9051527, 9051528 y 9051529 de los cuales se realizó un reintegro de \$ 21.990. Se adjunta comprobante de reintegro Folio N° 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.

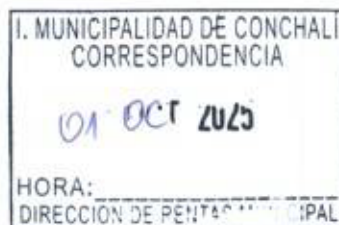

CARLA PINTO LLANTEN
JEFA DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CPLL/yaa

Distribución:

- Administración y finanzas DAS

861180





ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
RUT: 69.570.200-2
INDEPENDENCIA N°3499
228 286 100
CONCHALI - SANTIAGO

FOLIO N°
INGRESO N°

784628

PINTO LLANTEN CARLA ANDREA <small>NOMBRE</small>		5472505
GASTOS MENORES ADM.MUNICIPAL <small>TRIBUTOS O MULTA POR INFRACCION</small>		TELÉFONO
R.O.L.	VIGENCIA	30/09/2025
CONCEPTO		
REINTEGRO SEGUN DECRETO DE PAGO N°2178		
DIRECCION DE ADM. Y <small>UNIDAD</small>		FECHA VENCIMIENTO 30/09/2025
IMPUESTOS Y/O DERECHOS		VALORES \$
Carla Pinto LLanten		21.990
		30/09/2025
SUB TOTAL		21.990
L.P.C.		0
INTERES		0
TOTAL \$		21.990
LIQUIDADOR vpintrim	EMISOR ccovarru	

CONTRIBUYENTE

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 \$	1.038.975
DECRETO DE PAGO Nº	2178 DE FECHA 05/09/2025
EGRESO Nº	30-2121
CHEQUE Nº	9051526-9051527-9051528-9051529
FECHA DE RENDICION	01/10/2025
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	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		
02		
03		

**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		 Firma y Timbre Director.	
FRANCISCA VEJAR NAVARRO Rentas Municipales Depto. Contabilidad y Presupuesto			
Firma y Timbre Analista Dpto. Contabilidad y Presupuesto.	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 CUENTA 24.01.007.015		RUT	DOMICILIO	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 IMAGENES	946011930	
				RM DE PELVIS	BLANCO	44246	137.540
				APORTE DE 190.000 PARA TEST DE TILT	CLINICA LAS CONDES	684198	190.000
				ECOTOMOGRAFIA DOPPLER RENAL Y ECOTOMOGRAFIA		946513929	
				ANDOMINAL	RED SALUD	946514460	100.000
						TOTAL	755.450

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

OTROS GASTOS	
CUENTA 24.01.007.009	
NOMBRE	

RUT	DOMICILIO	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
		24 PLACAS Y 24 BOISAS DE COLOSTOMIA	MARTIMED	123046	158.400
TOTAL					158.400

TOTAL GASTOS	1.016.990
--------------	-----------

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO 0-3.313 [REDACTED] PINTO LLANTEN CARLA ANDREA
FECHA 13/10/2025 GLOSA 7° 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
FRANCISCA VEJAR NAVARRO
Rentas Municipales
Depto. Contabilidad y Presupuesto

V.B
CONF. COMPROBANTE

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



105.800.-

FIRMA BENEFICIARIO



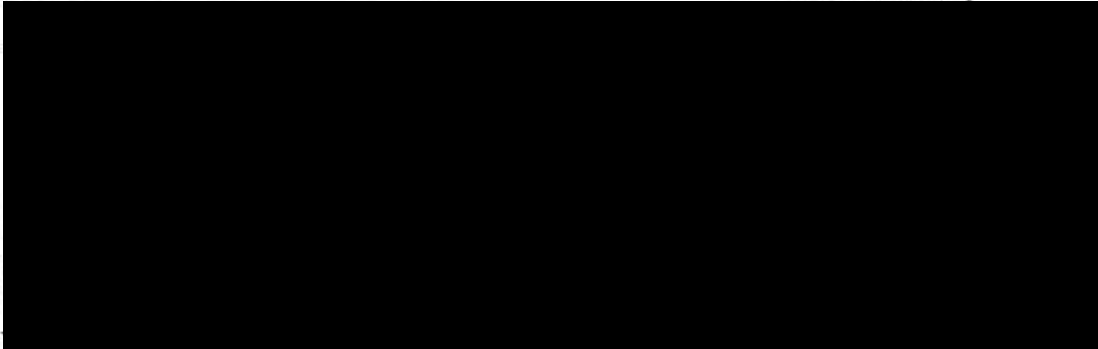
FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA Y NOMBRE FUNCIONARIO

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

945823237



VALIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISION



RESTricción		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

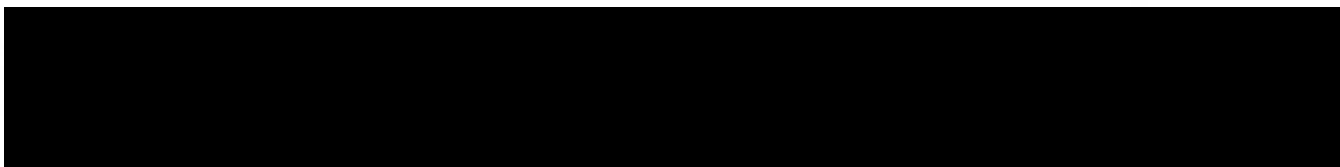
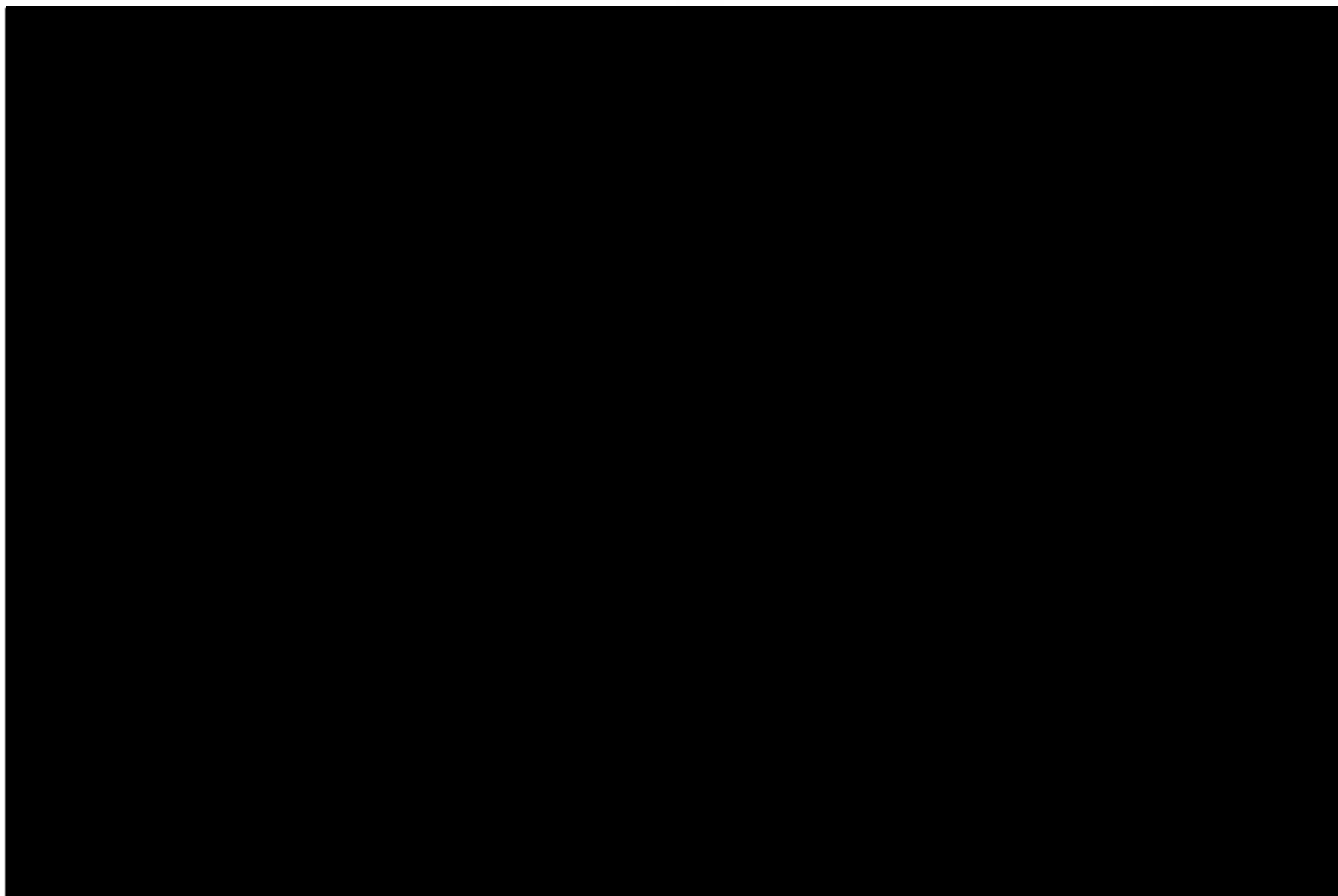
Firmado electrónica por MARILEO LEIVA EUGENIA DEL CARMEN | Auditoria BONO-N6LE-3F9T-WJSM



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALI, 08 de abril, 2025.

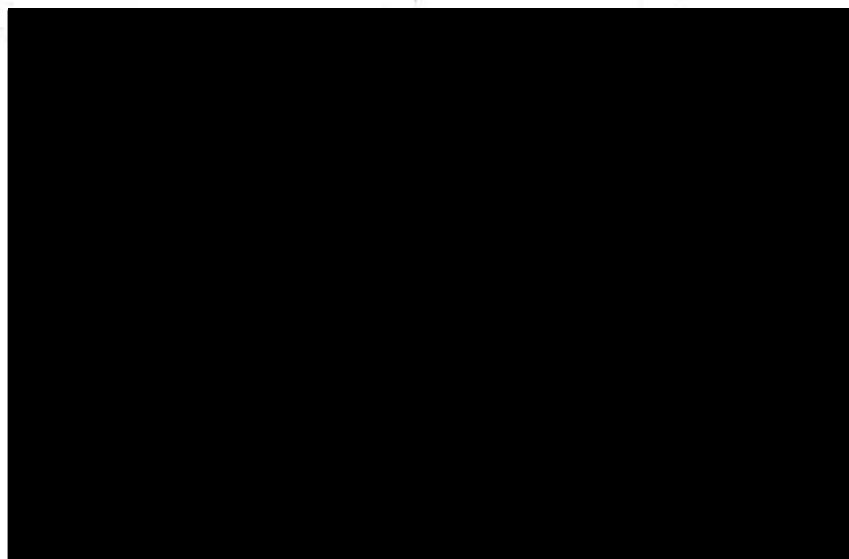
INFORME SOCIAL



Esperando una favorable acogida, se despide.

Atte.


FELIPE ZAPATA BURGOS
TRABAJADOR SOCIAL
DEPTO. SOCIAL

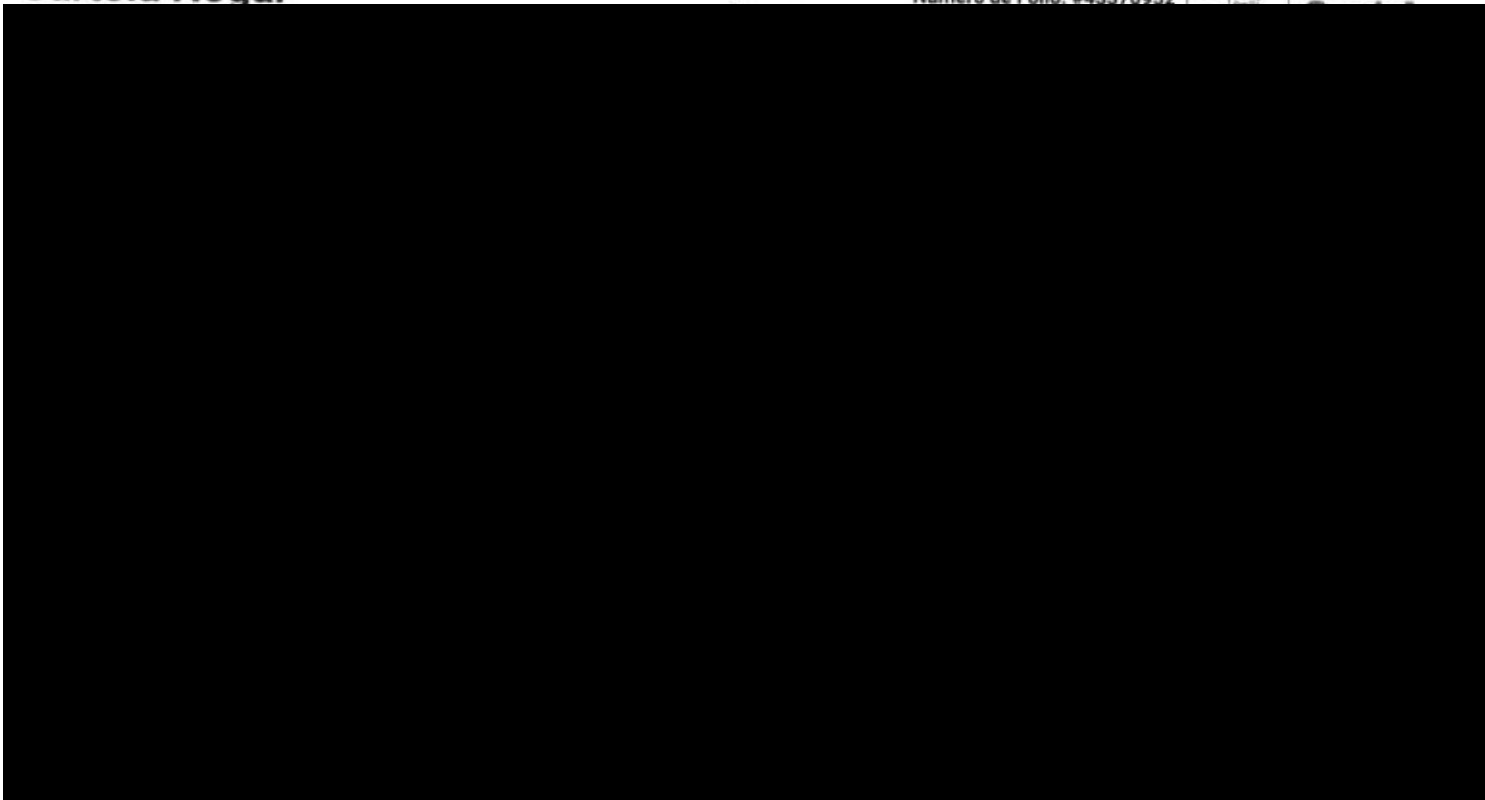


Cartola Hogar

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



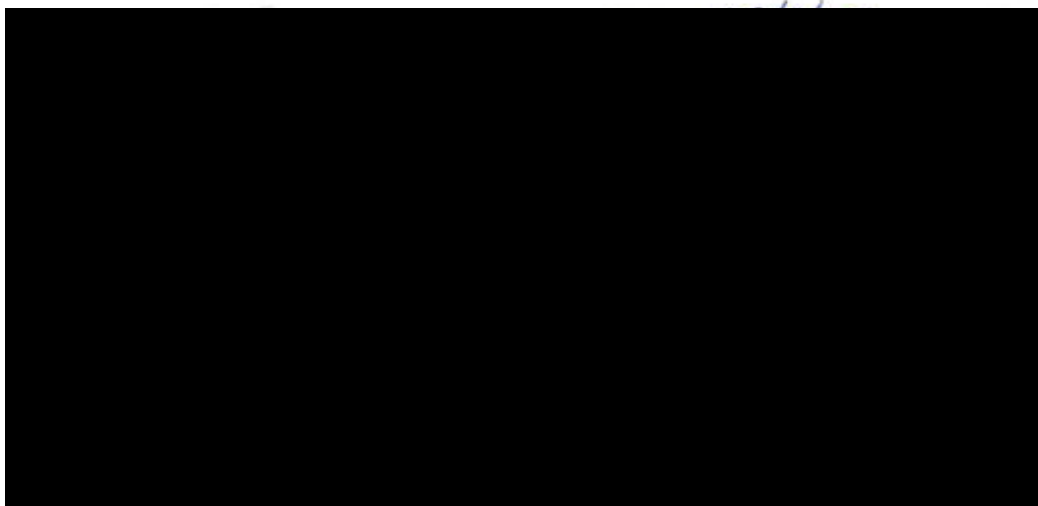
¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

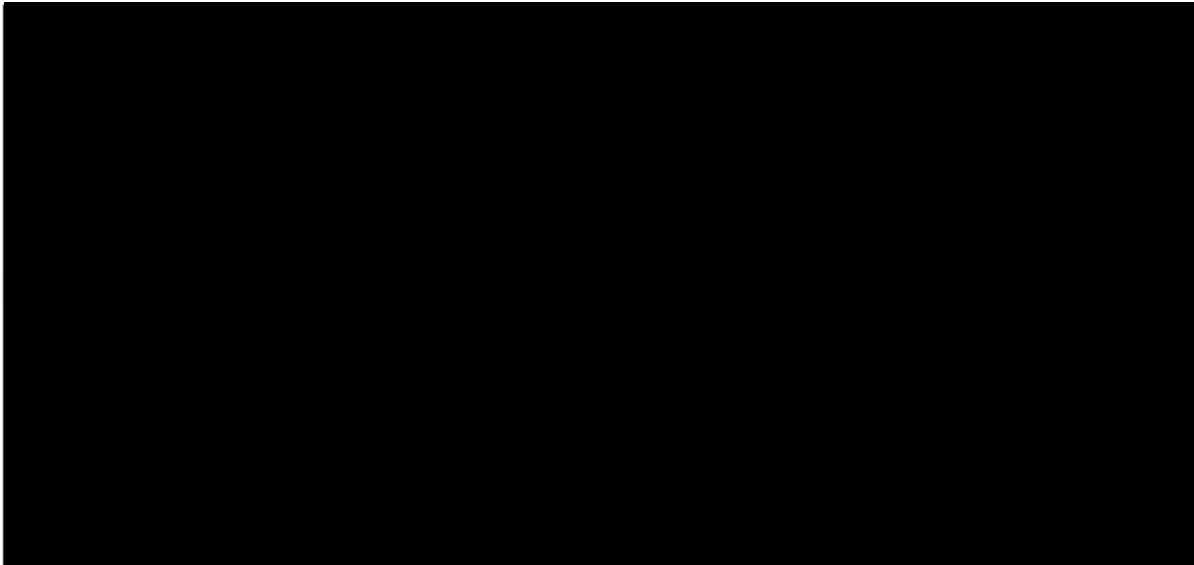
RECETA MÉDICA



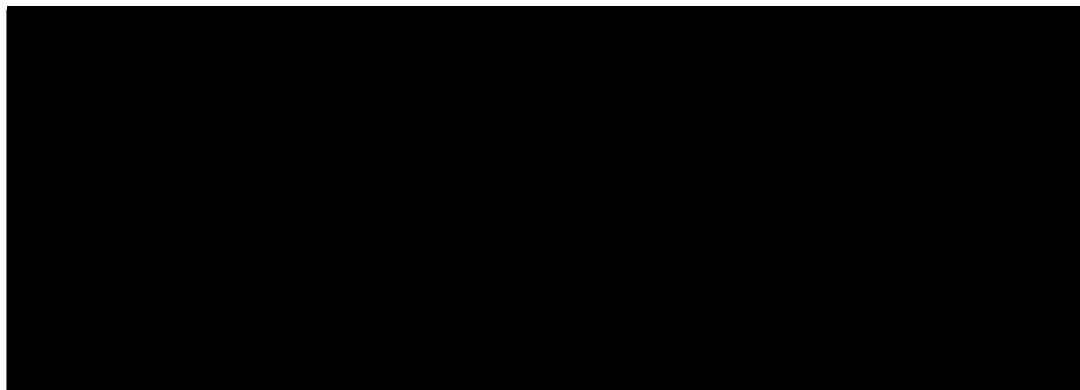

Dra. Magdalena A. Sandoval
Médico Cirujano
Rut: 18.020.948

Firma Profesional Prescriptor

PRESUPUESTO



PRESUPUESTO AMBULATORIO



Valor: \$105.800.-

Megasalud SPA

Rut 96.942.400-2

Santiago, 01 septiembre 2025

Presupuesto AMBULATORIO



SUCURSAL: CLINICA DAVILA

N° DE PRESUPUESTO: 1011561

NOMBRE PACIENTE: EUGENIA DEL CARMEN MARILEO LEIVA

N° 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

→ emitir
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 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: 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 P. R.

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

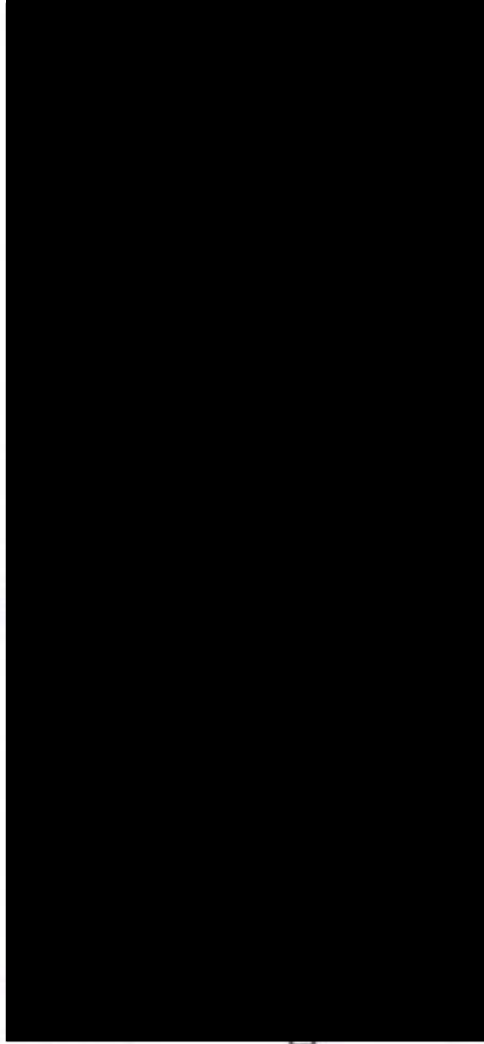
22	09	25
----	----	----

NOMBRE

DIRECCIÓN

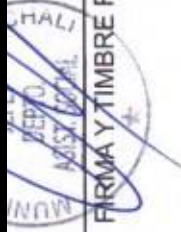
C. IDENTIDAD

BENEFICIO



x *Eliquisalla*

FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

945837898

Modelo para esta fecha de emisión

PRESTACIÓN

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

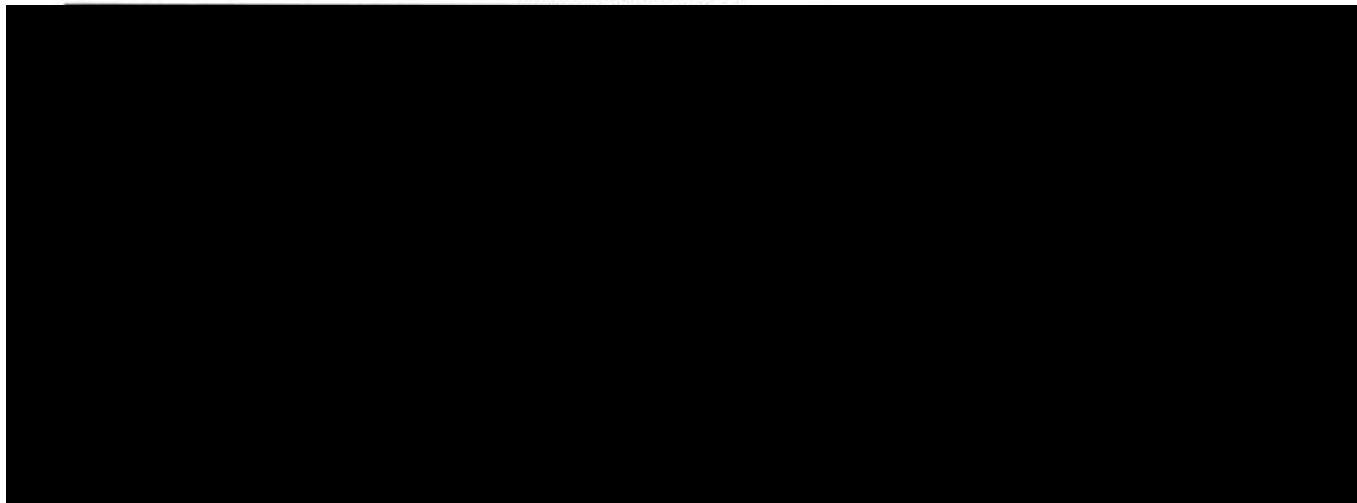
Firmado electrónica por SAN MARTIN PEREZ ELIZABETH DEL CARMEN | Auditoria BONO-N2LE-3HMY-C9P4



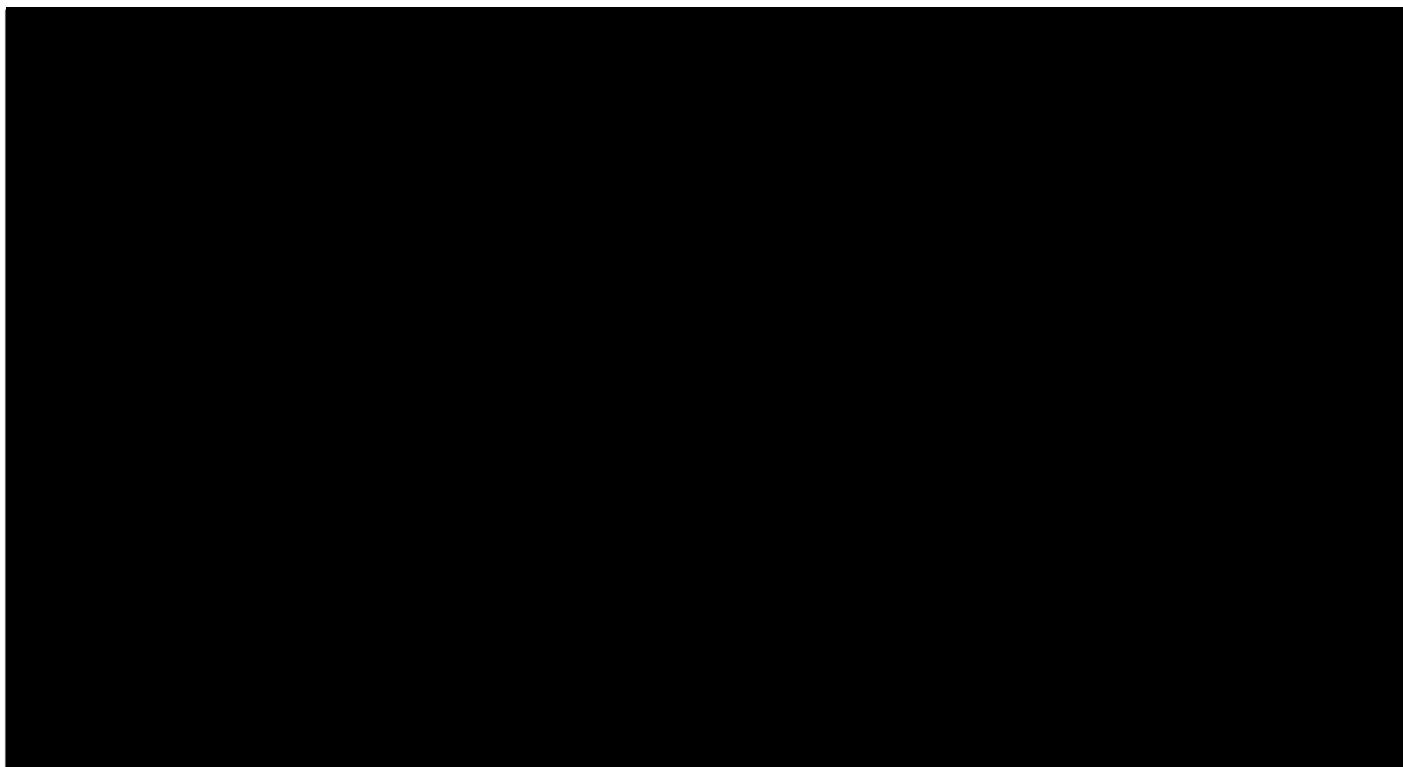
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 01 de julio 2025

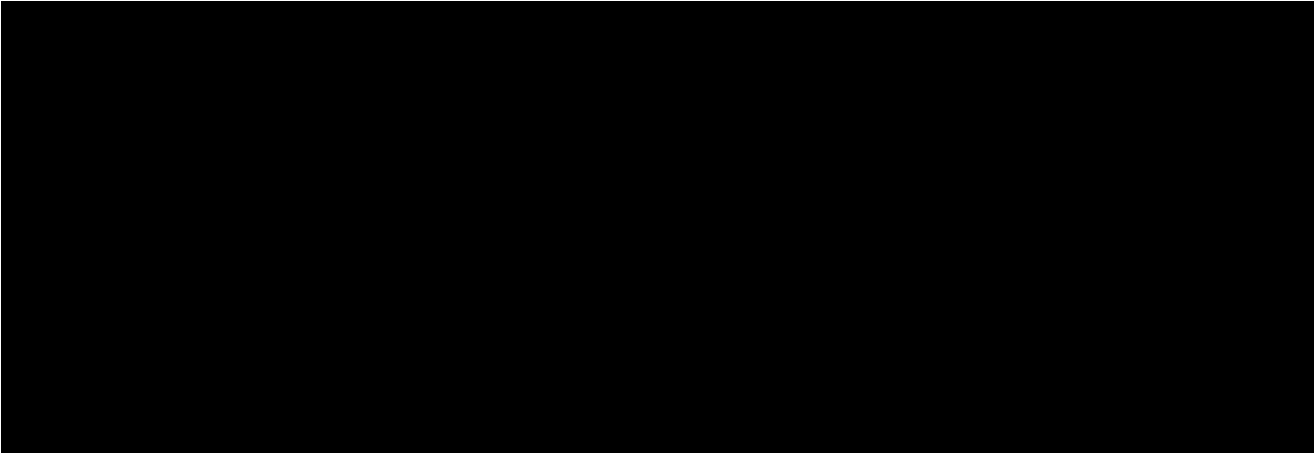
INFORME SOCIAL



2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA



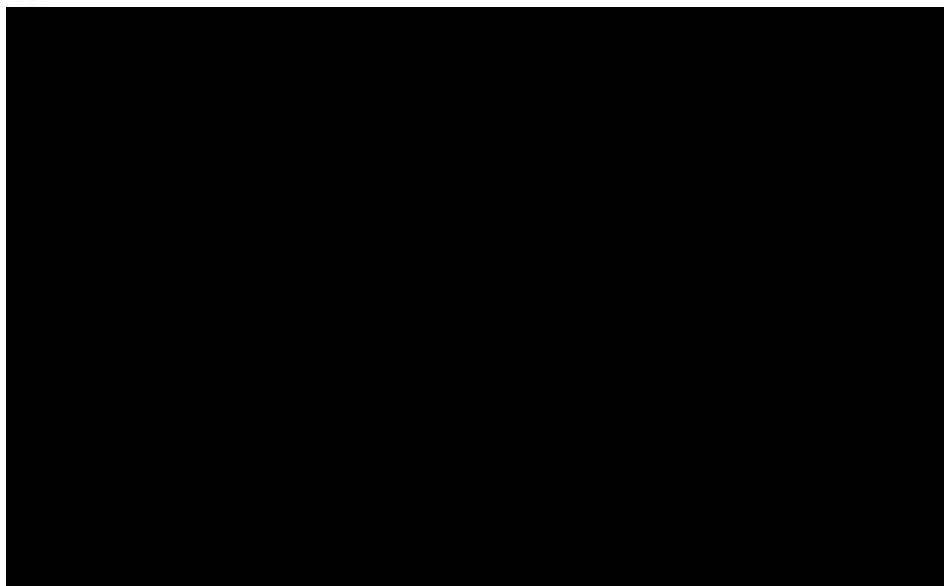
5.- OPINIÓN PROFESIONAL



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 comunícale al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

Dra. Geraldina Salazar A.
Médico General
Rut. 26.813.834-K



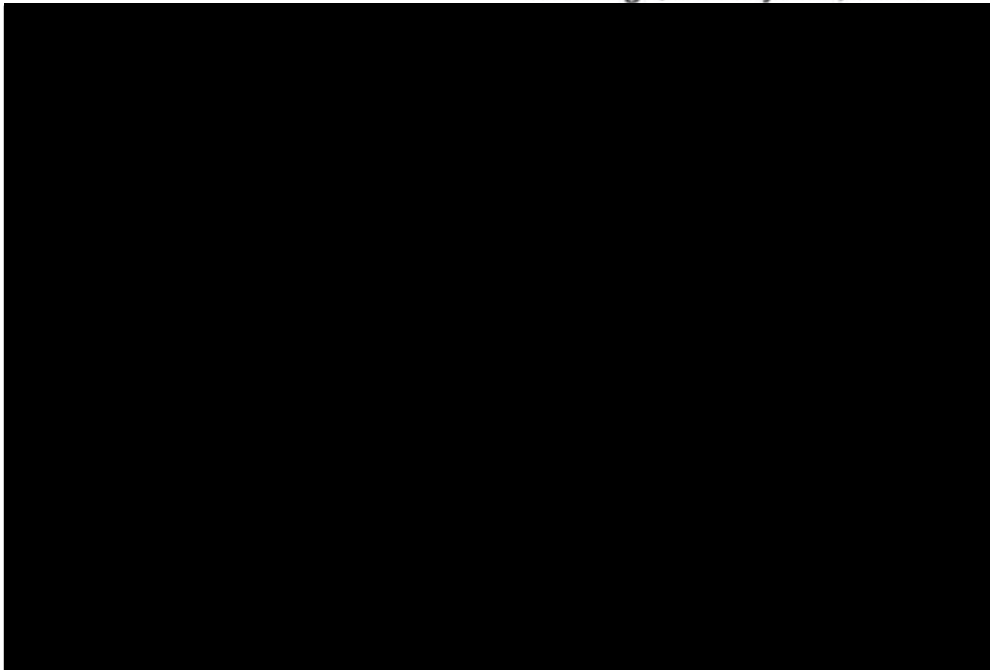
Nombre y Timbre Médico

Fecha: 09 / 06 / 25

N° Col. Médico

DR. J. SYMON

Santiago, 24 De Junio, 2025








Total \$ 105.800



Medicenter Uno Spa
76.365.706-k

Cotización de Exámenes CLINI

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


77427817-6
PAGADO



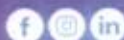
Términos y condiciones:

- 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.



Síguenos:

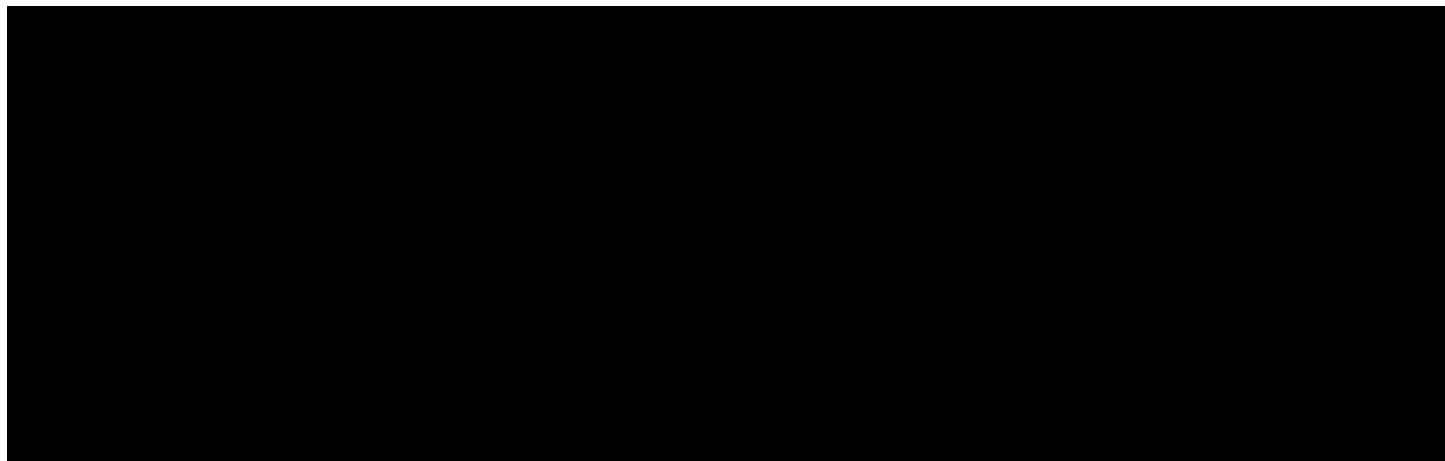


COTIZACIÓN

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 Conchalí
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: FELIX ZARMA BUNBOS

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 CONCHALI
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALI

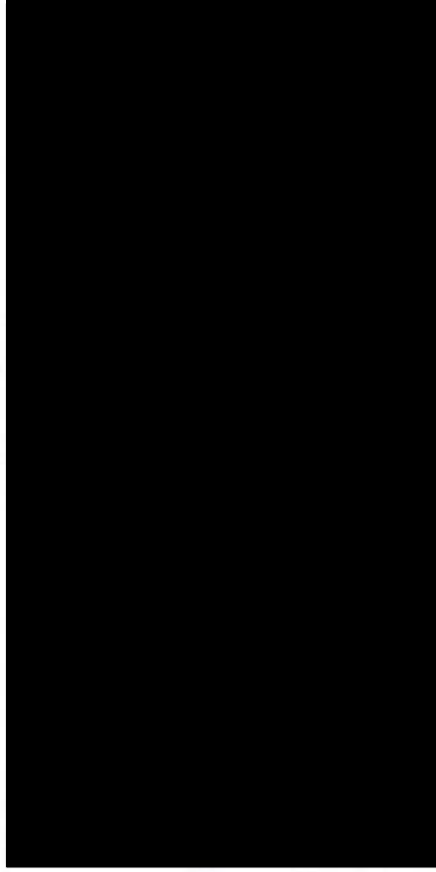
23	09	25
----	----	----

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO




FIRMA BENEFICIARIO

6.310.-



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



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

N° 10634649

S.I.I. - SANTIAGO

Fecha Emisión 23 Septiembre 2025

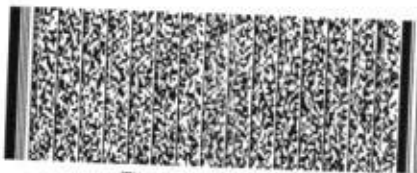
N° De Orden de Atención

A0040177844

R.U.T.: 25.646.190-0

NOMBRE: Ana Rocio Valerio Auqui

Código	Detalle de Prestación	Cant.	Valor Total
	Insumos	1	24.990
Monto Exento			24.990
Monto Total			24.990



Timbre Electrónico SII
Res. 104 del 2011
Verifique documento: www.sii.cl

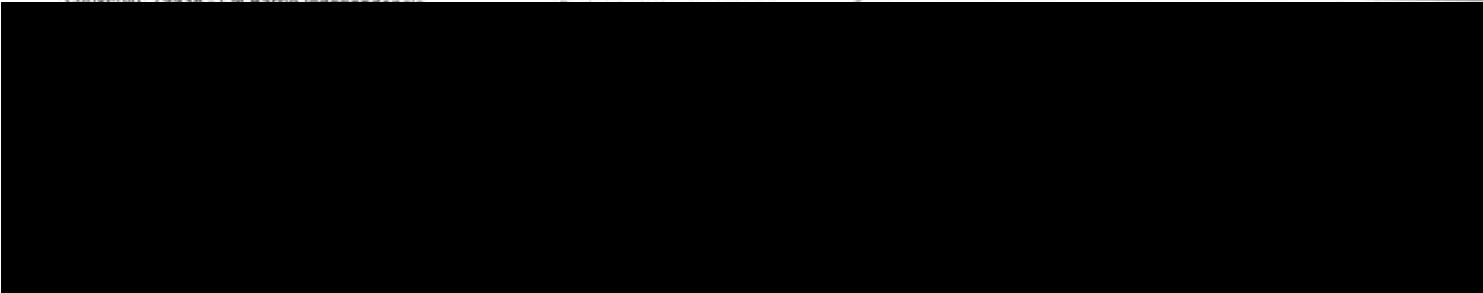
SUCURSALES Y OFICINAS

ARICA: San Marcos N° 121 / IQUIQUE: Ramírez N° 1162 - 1196 / ANTOFAGASTA: Sucre N° 251 / CALAMA: Av. Granaderos N° 1474 / LA SERENA:
Huanhualí N° 186 / COQUIMBO: Doctor Marín N° 60 / VIÑA DEL MAR: Tres Norte N° 464 / VALPARAÍSO: Av. Argentina N° 1 / QUILPUE: 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 / ÑUÑO: Irarrázaval N° 2305

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

946011930



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

A Pagar: \$ 91320

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

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

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



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 15 de Julio de 2025

INFORME SOCIAL

[Redacted content]

[Redacted content]

IV. SITUACION DE SALUD



Fernanda Guijuelos

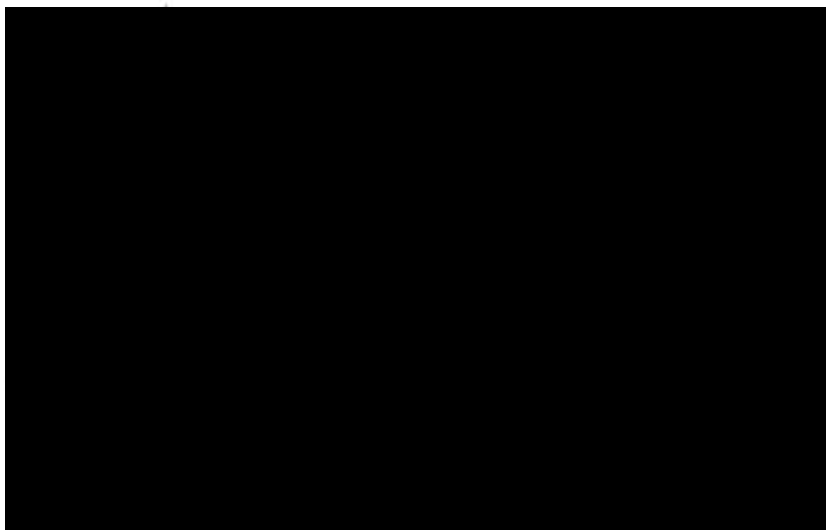
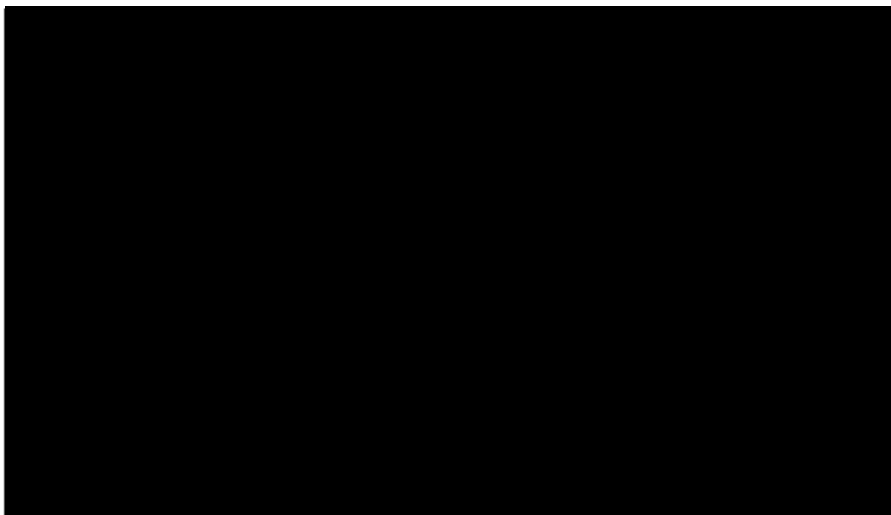
FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

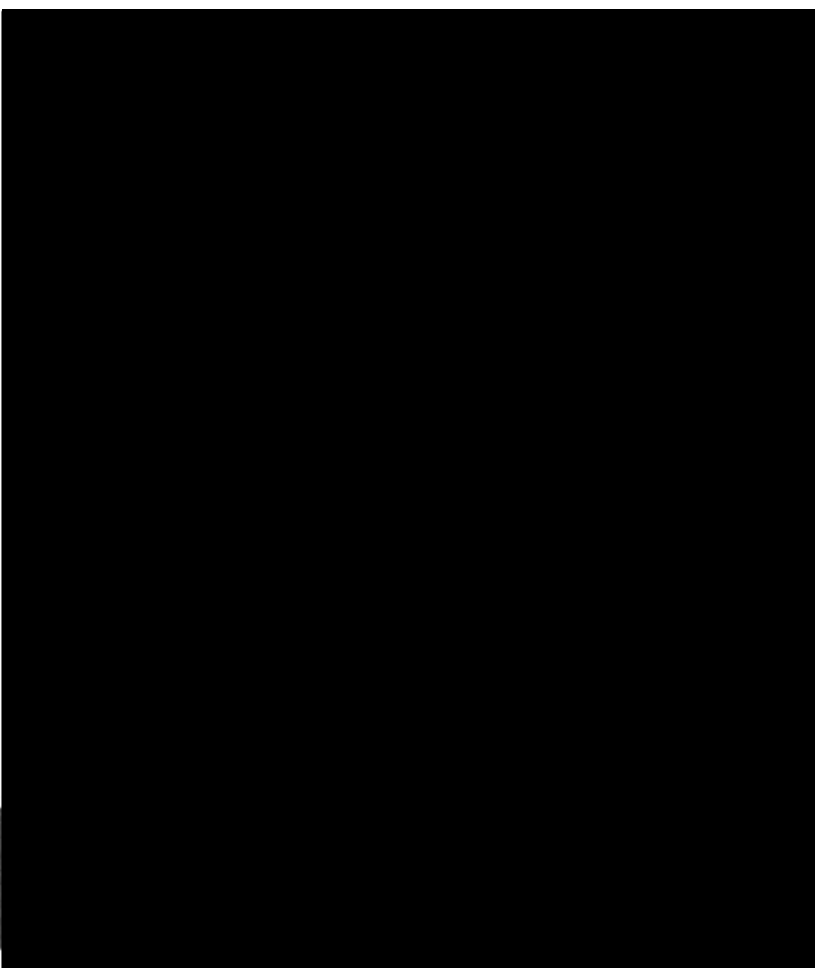
ASISTENTE SOCIAL

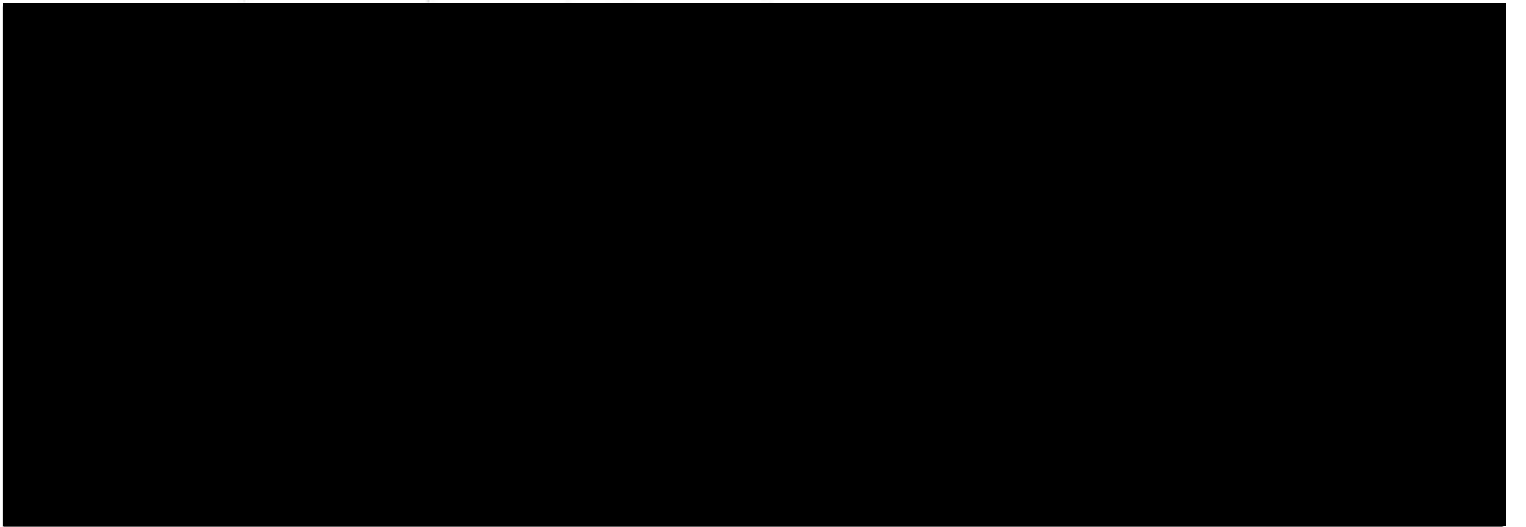
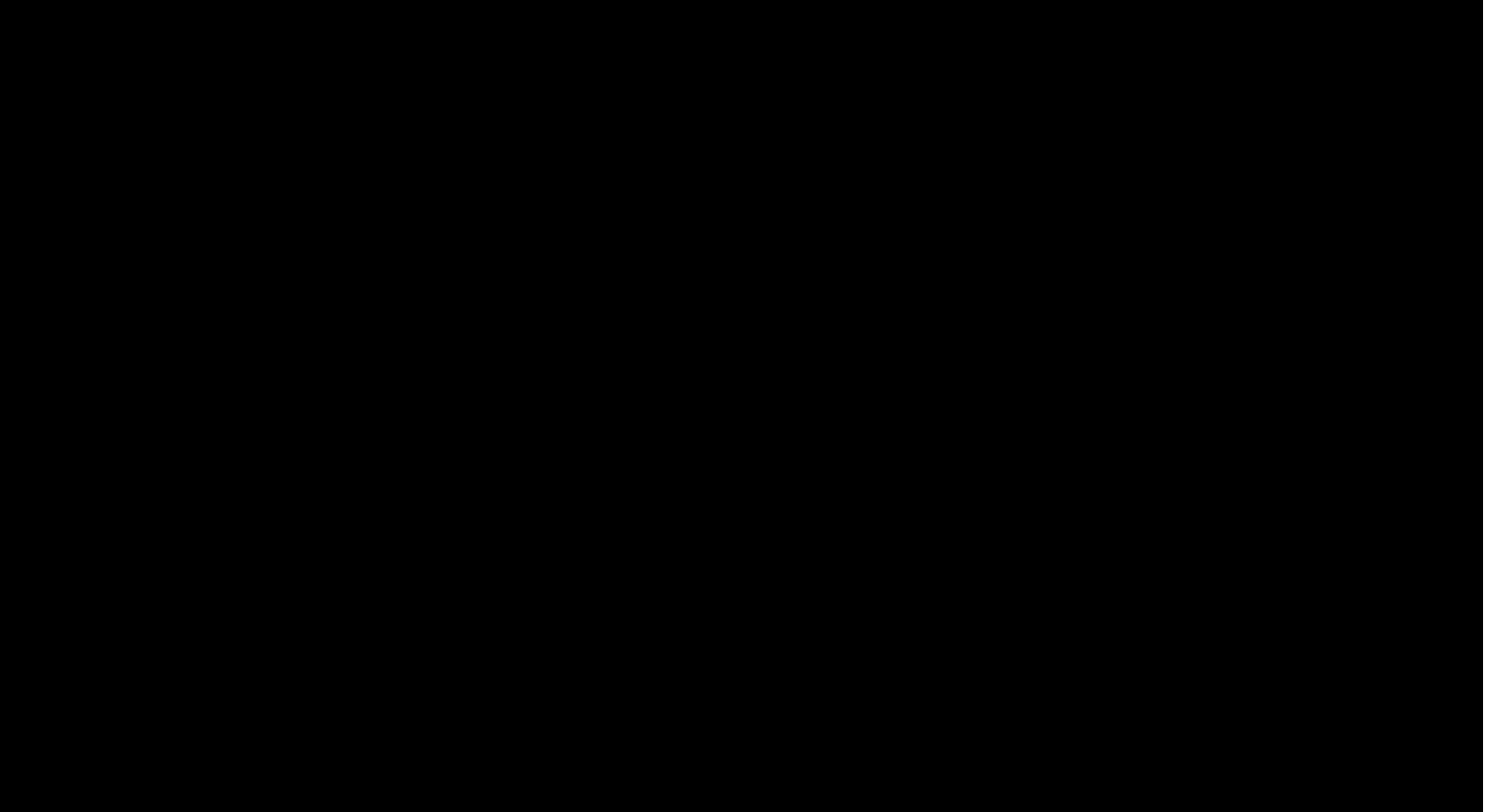
D.A.S.

228286534 / fguijuelos@conchali.cl

FGS.







Conoce los apoyos del Estado

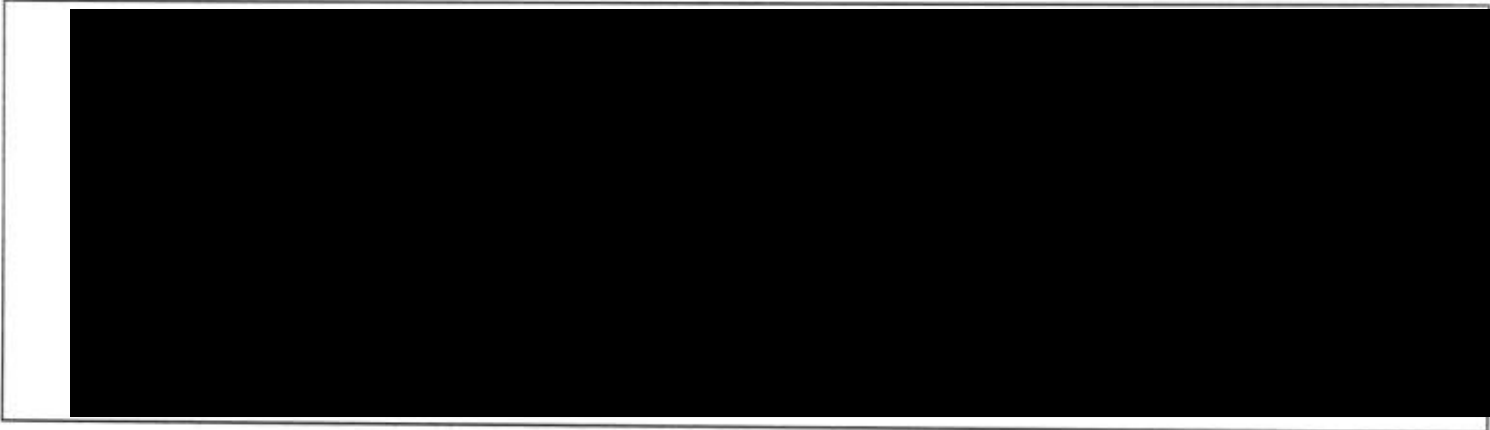
Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿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.

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



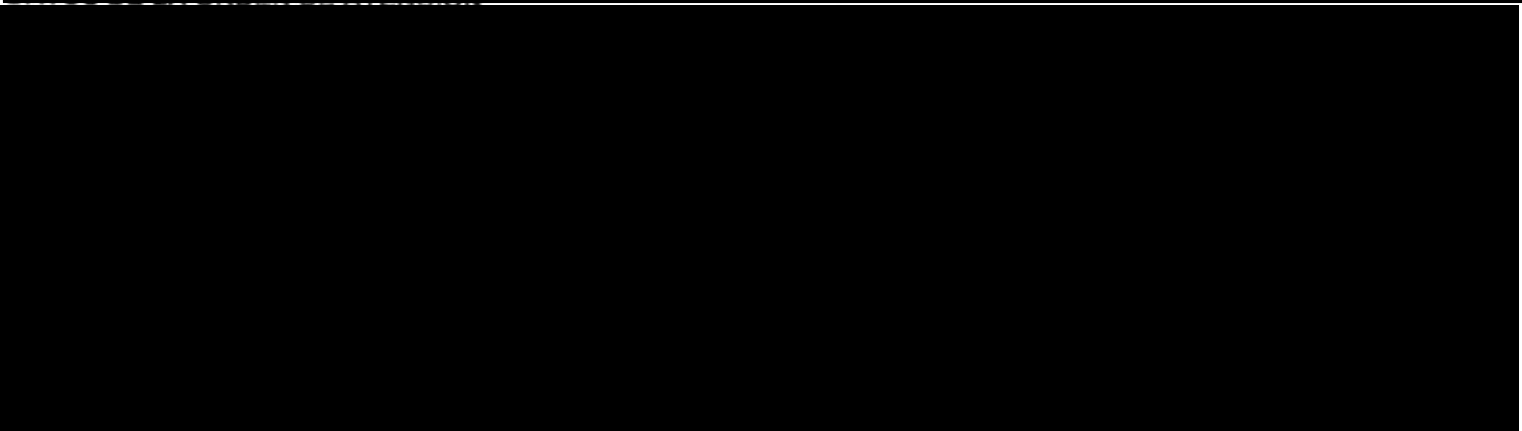
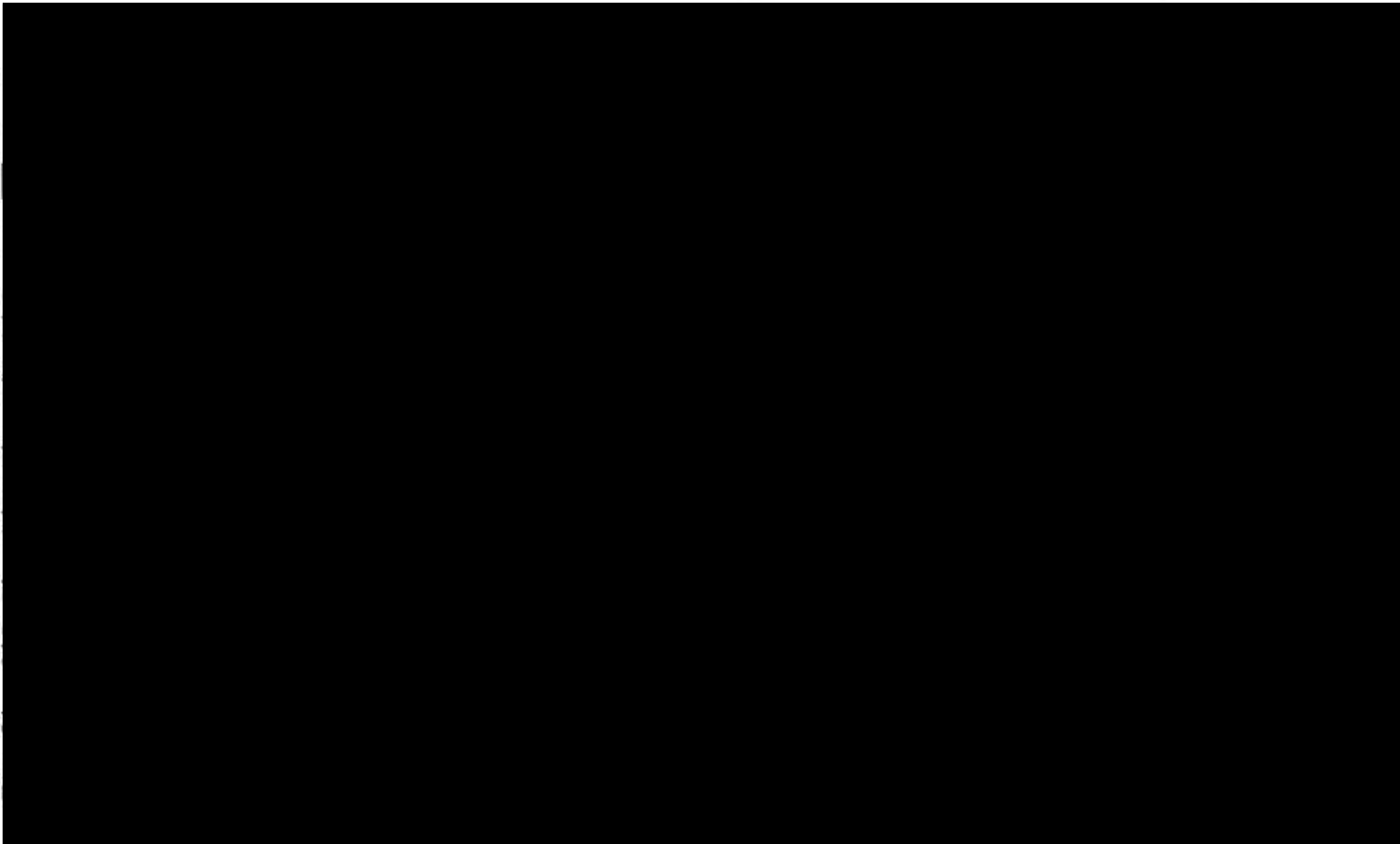
RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

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

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Estrella Quinteros



Observaciones

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

Weffer	Cruz	Alejandro
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
25.728.634-7		
RUN		Firma Profesional



AngiotAC Arebino \$ 91320.
Contraste \$ 24990.

\$ 116310.



MEGASALUD SPA
96.942.400-2

Presupuesto AMBULATORIO

CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	HABIL (\$)	INHABIL (\$)
04-03-101-00	TAC ANGIO DE ENCEFALO	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.: 96.530.479-3

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 Preparación :	ANGIOTAC DE CEREBRO	1	132.830	199.245
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

+ insumos
\$62.000.- aprex.

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

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 Cenzuela S.
Cenzuela

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



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



Salvador 65, Providencia - Santiago
Telefono: 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

Documen

Codigo

40501113-1

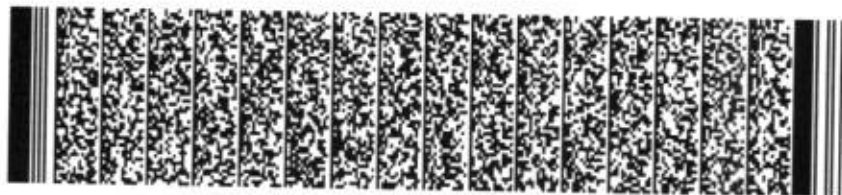
RM PELVIS OSEA

Cantidad

1

Precio

\$137.540



TOTAL NETO EXENTO: \$137.540

TOTAL: \$137.540

CANCELADO

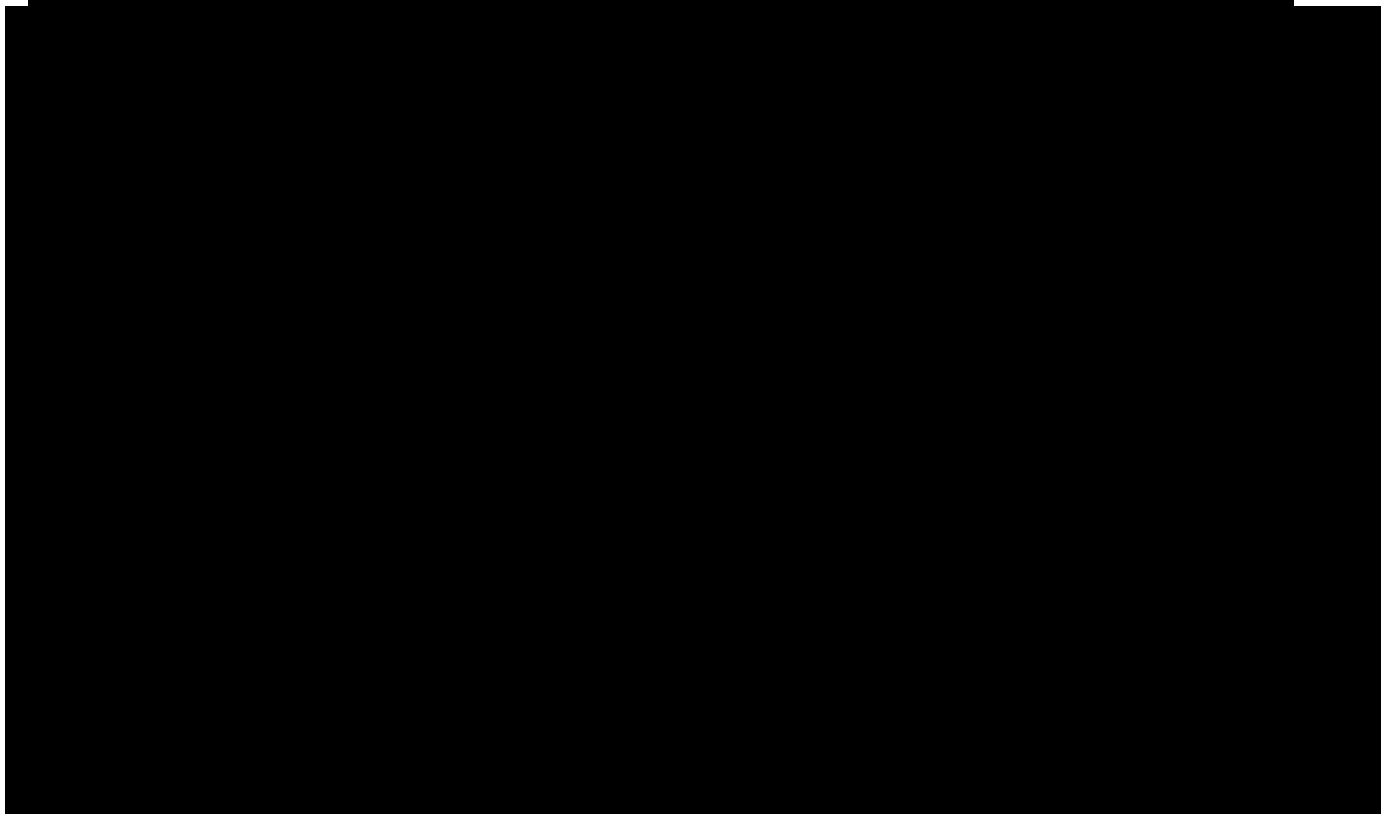
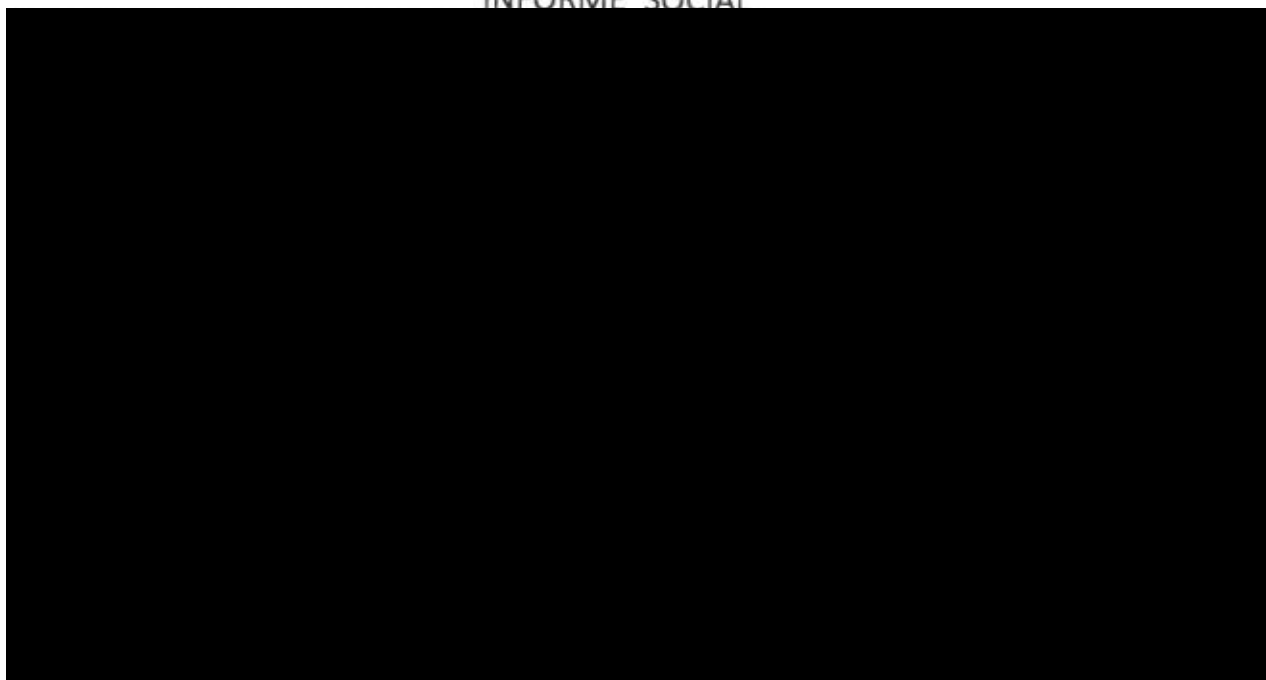
CENTRO DIAGNÓSTICO POR
IMAGENES BLANCO LTDA.
RUT: 87.975.900-5



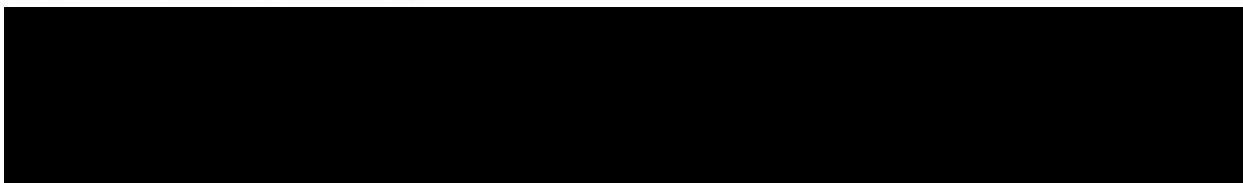
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 03 de julio de 2025

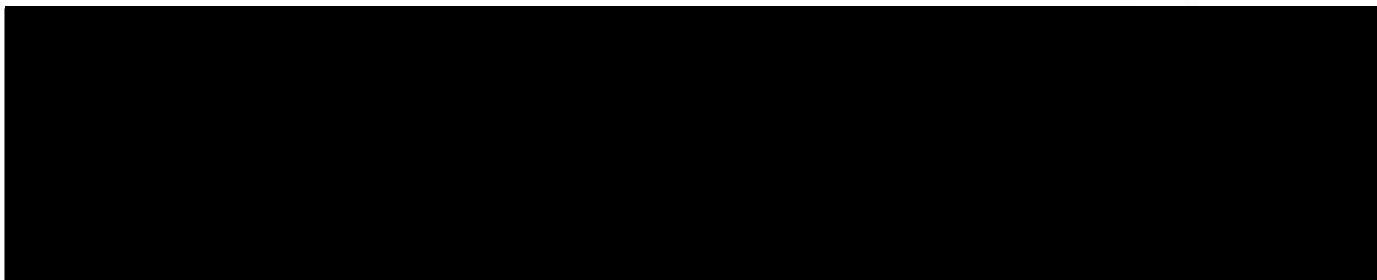
INFORME SOCIAL



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL



5.- OPINIÓN PROFESIONAL



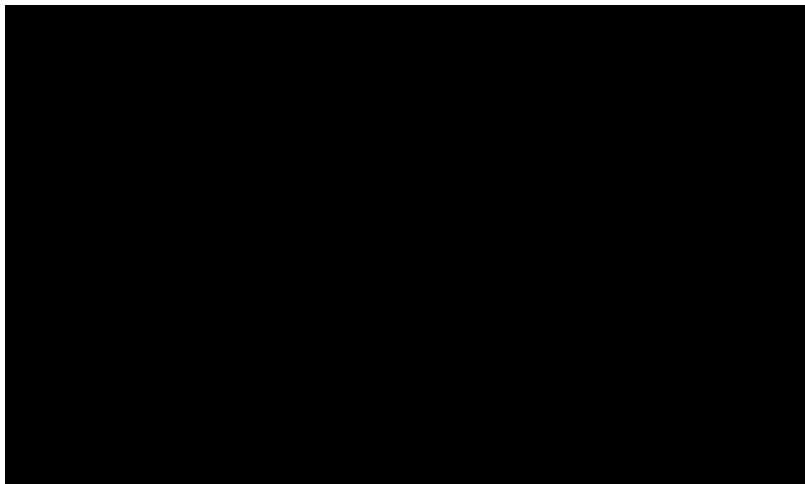
Fernanda Guijuelos

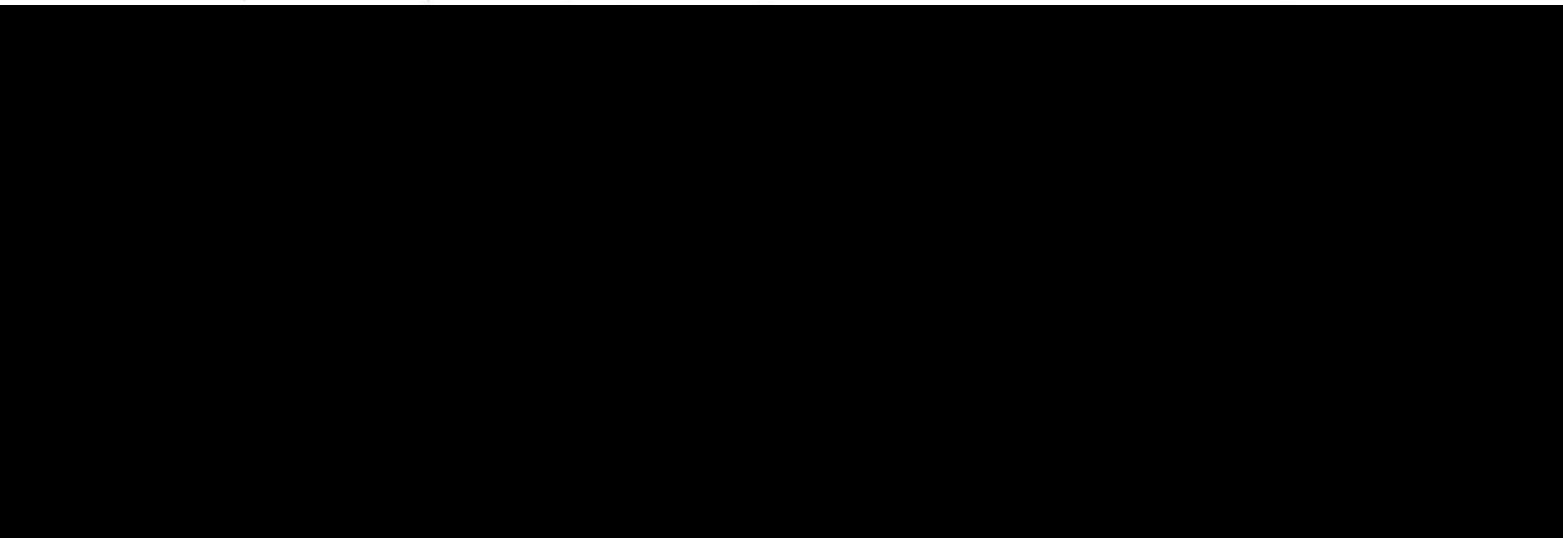
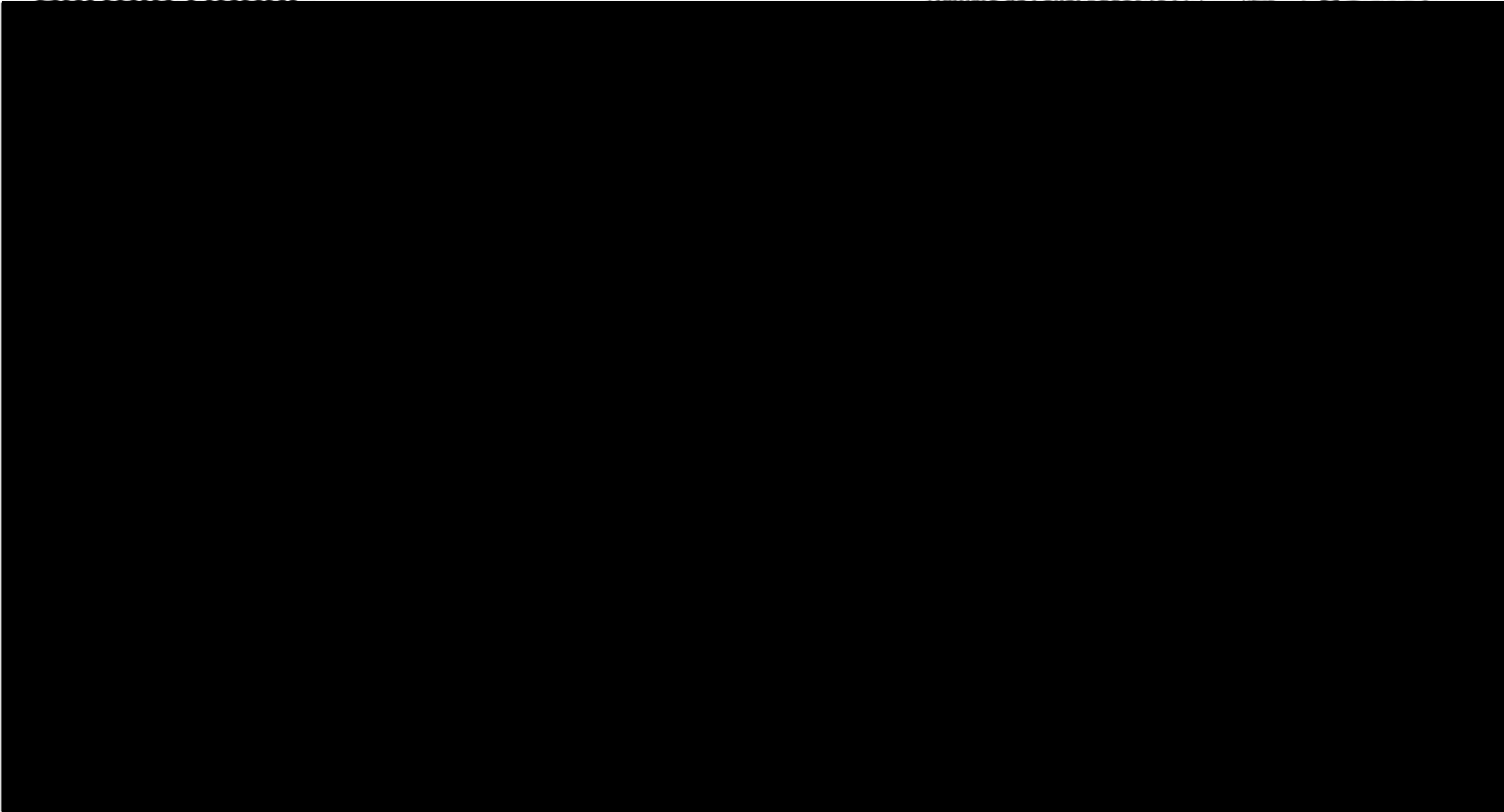
FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

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 comunícale 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:



rp.

• RMN de
pelvis c/c.

D^{ra} ALEXANDRA OLIVEROS A.
Médico Cirujano
Rut 27.050.264 - 4

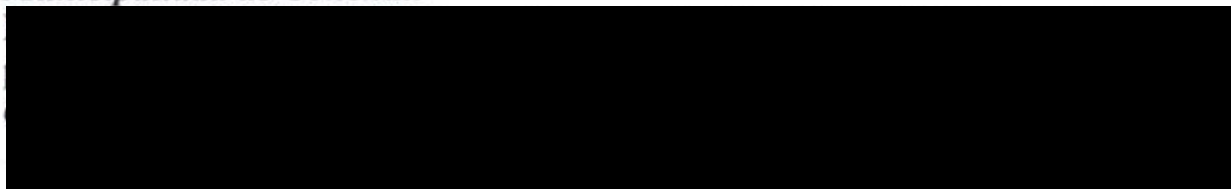
Firma Profesional Prescriptor



Santiago, 27 de Junio de 2025

SRES:

Municipalidad de Conchalí



<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

JARA Y COMPAÑIA S.A.
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 exámenes



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.G75.G00-5 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, Providencia
Eduard Zue, local 5 y oficina 224, Las Condes
La Forestal de las Condes, Las Condes
Las Huelgas 5994, Viña del Mar
Avda. 5 de Abril 33, Mail Pomaipue, local 52, Maipo

ANTOFAGASTA

Manuel Antonio Matta 9799, oficina 201, P. Libertad, Ovala 300
General Manuel Baquedano 304

CALAMA

Germánico 1302

COPIAPO

Valles 114, PSE

CALL CENTER: +56 22 490 5500 - 600 420 5500
www.laboratorioblanco.cl

CDS
DIAGNOSTICO

COTIZACIÓN

ATENCIÓN A: MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

MONEDA N° 1040 PISO 9
FONO: 226718526-226885627-226714105
226733620-226730649
MAIL: CDSLAB@GMAIL.COM
WWW.CDSLAB.CL

LABORATORIO CLÍNICO
CRUZ DEL SUR LTDA.
Rut. 78.488.470-8

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 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:

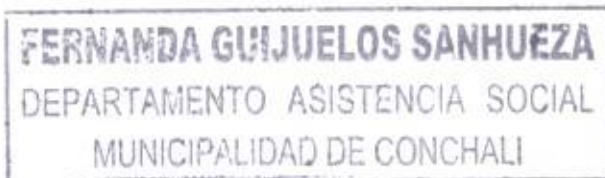
1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro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



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
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALI

24 09 25

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO


FIRMA BENEFICIARIO

A (mamá)

TOBILTI



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



NUEVA SSI S.A.
FILIAL 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 MATRIZ: LO FONTECILLA #453 - LAS CONDES -
SANTIAGO
SUCURSALES: CHICUREO S/N - COLINA
LOS PRESIDENTES #8950 - PEÑALOEN

www.clc.cl

R.U.T.: 77.287.693-9

**BOLETA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

N° 684198 ✓

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

Fecha Emisión : 24-09-2025

Señor(es)

Dirección

Ciudad

RUT 23.444.298-8

Ficha :

Comuna : LAS CONDES

Clase Episodio : AMBULATORIO

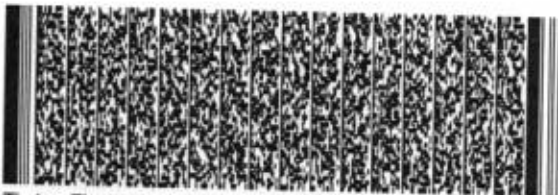
Fecha Admisión :

Nro. Episodio : 2002606872

CODIGO	CI	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
PCA1701001		TEST DE TILT	1	209.788



MONTO EXENTO	\$	209.788
TOTAL	\$	209.788



Timbre Electronico SII

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



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 14 de Julio 2025

INFORME SOCIAL

[Redacted content]

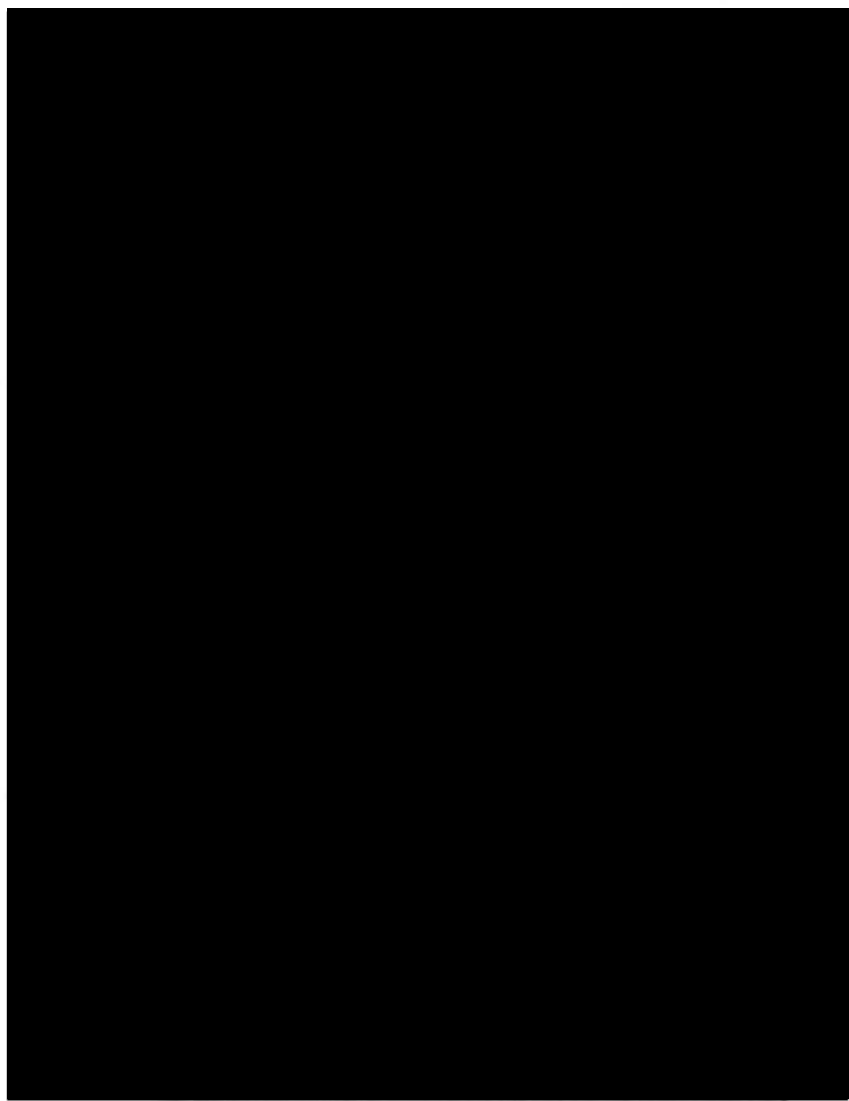
[Redacted content]

Es cuanto puedo informar, Atte.



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





[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Rp:

cas Disautómia

- Tilt test

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

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

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 gasto promedio derivado de esta prestación y pueden variar según lo utilizado finalmente. No están incluidos en este presupuesto insumos y/o medicamentos de uso específico, Honorarios Médicos no indicados a paraqu Coast, Honorarios del Programa del Doctor, Banco de Sangre, biopsias y/o exámenes que no estén especificados en su presupuesto.

PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGÍA: Ubicación: Piso 4 Edificio Gm. Honorarios de Atención, lunes a viernes 08:00 a 19:30 hrs. Teléfono: 22 610 8503. Email: info@clcliniclascondes.cl

¡APROVECHA TU CREDITO!

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

ESTE VALOR CORRESPONDE A FONASA LETRA B, C, D

INDICACIONES DEL 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

- Tener cédula de identidad, en caso de ser paciente extranjero traer su pasaporte.
 - Indispensable 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 ser agendado 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 Gm-B, 4to. Piso.

Si por razones de fuerza mayor usted no pudiese asistir a su cita, le agradeceremos informarnos al teléfono 22 610 8503.

Gen001cg

INFORME DE PRESUPUESTO

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

Exámenes:

17-91-002-00

Preparación :

TILT TEST

1

276.400

276.400

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 RECEPCIÓN. -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: PROPRANOLOL, ATENOLOL, CARVEDILOL, NEBIVOLOL, BISOPROLOL, CELIPROLOL, DILTIAZEM Y TODOS LOS CON NOMBRE COMERCIAL COMO: BETACAR, LABOTENSIL, DILATREND, BETAPLEX, DUALTEN, NEBILET, CONCOR, ZIAL, SELECTOL, TILAZEM, ACASMUL, TILDIEM. -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. -DEBERA FIRMAR CONSENTIMIENTO, EN EL CASO DE MENORES DEBERA 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 CARDIOLOGÍA TERCER PISO TORRECCO AVENIDA BELLAVISTA 0415.

Total Exámenes :

1

276.400

276.400

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

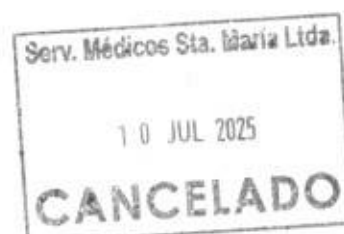
Total Presupuesto :

1

276.400

276.400

Presupuesto emitido por : ORFANOZ CABRERA MARITZA





Alemana.

Nro. Presupuesto:

PRESUPUESTO

LAB. CARDIOLOGIA (4313)

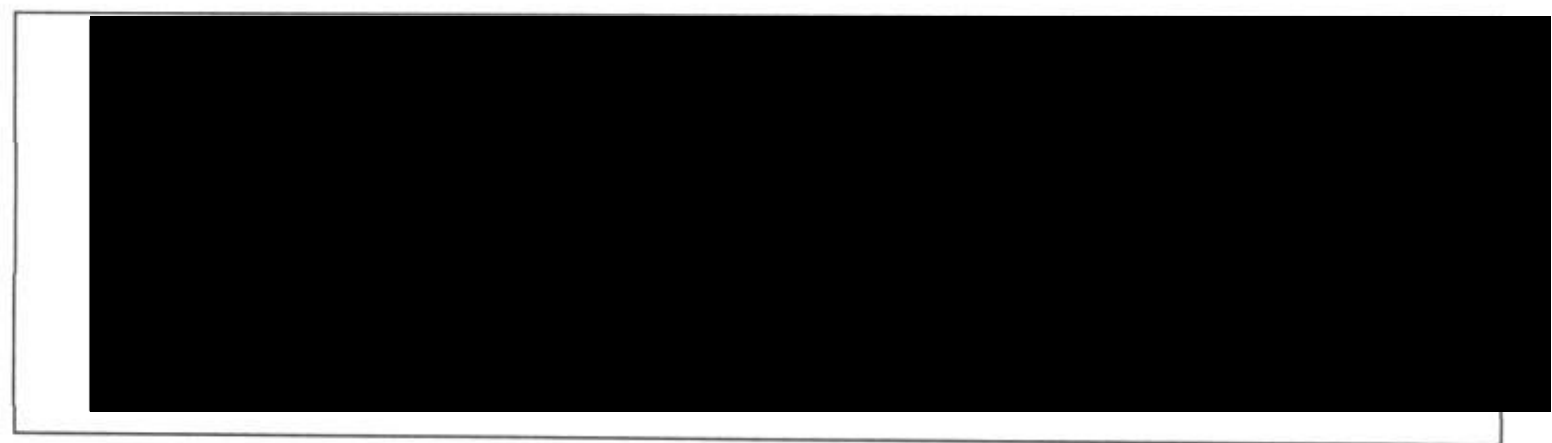
10-07-2025 04:00:59PM

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	Nombre Examen	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 GUIJUELOS SANHUEZA
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

Fernanda Guíjuelos 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 CONCHALI
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALI

26	09	26
----	----	----

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

(PROGRAMA ASISTENCIAL)


FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



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 DELPINO GORIGOITIA EMILIO AMADOR | Auditoria BONO-N5LE-E1LF-FTQW

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

946514460

Convenio: 13063 - Redsalud Conchalí Médico

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, VIA 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

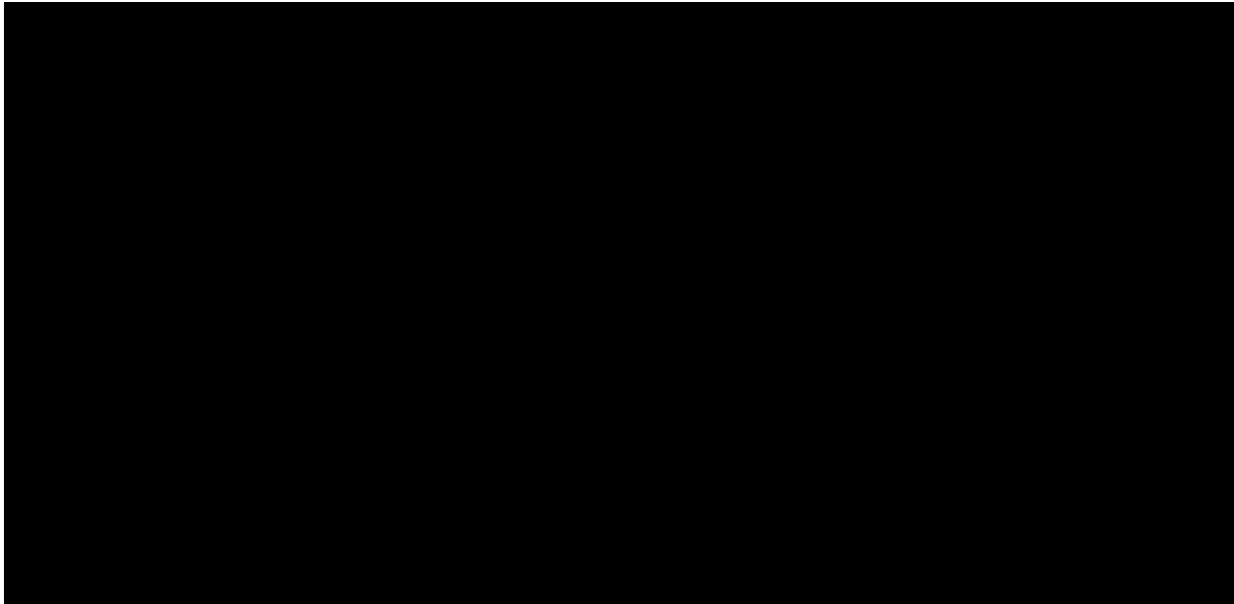
Firmado electrónica por DELPINO GORIGOITIA EMILIO AMADOR | Auditoria BONO-N1LE-E1P7-RXPR



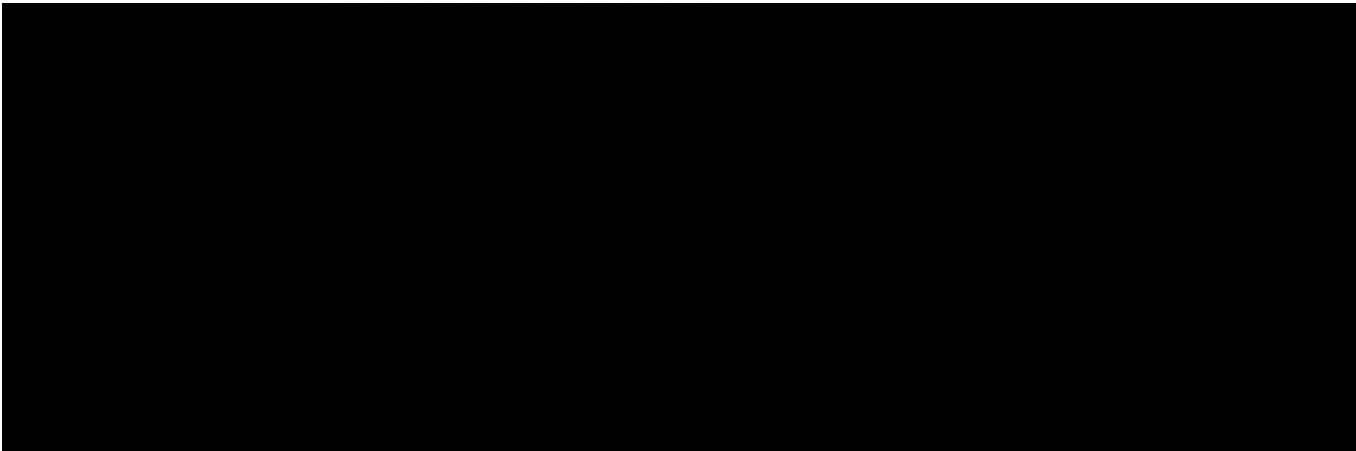
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 15 de mayo, 2025

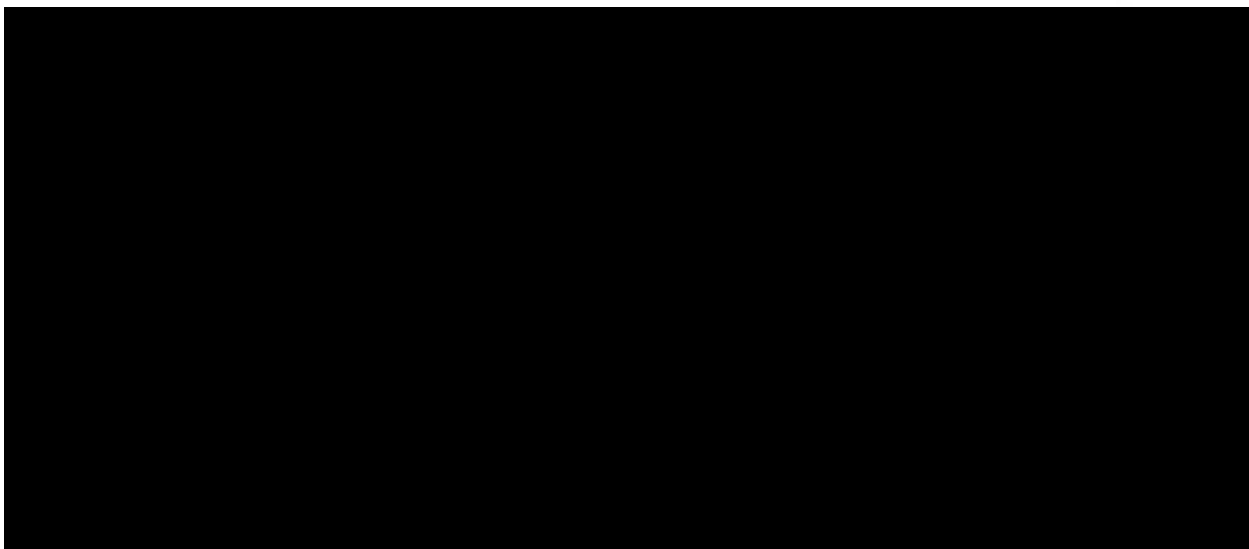
INFORME SOCIAL



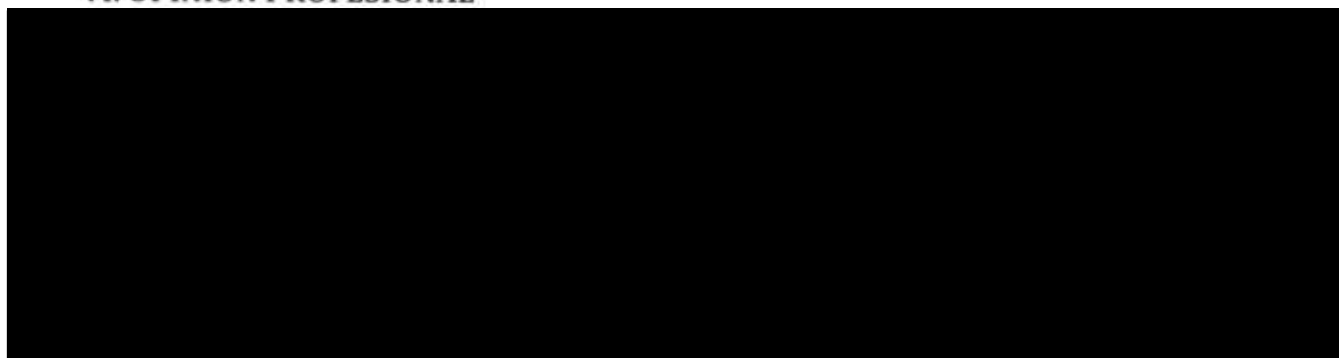
II. IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR



IV. SITUACION DE SALUD



VI. OPINION PROFESIONAL

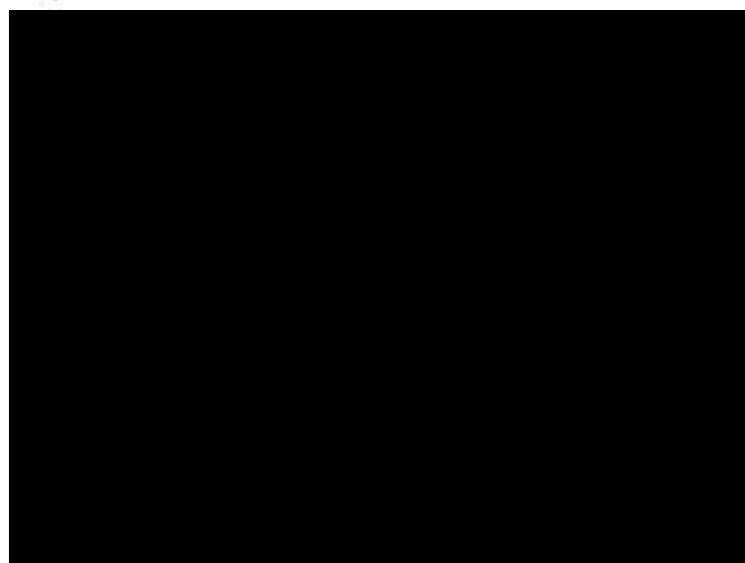
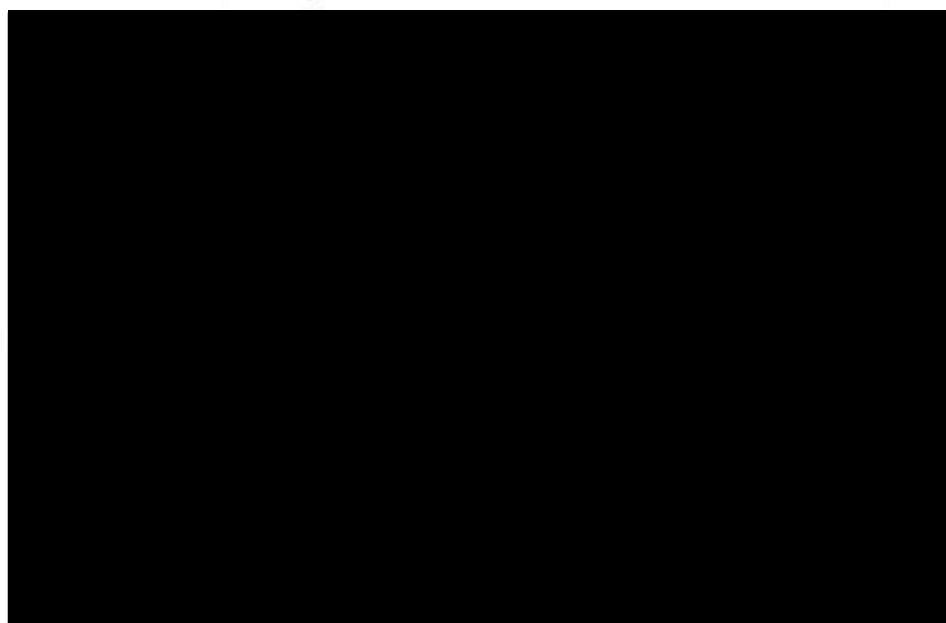


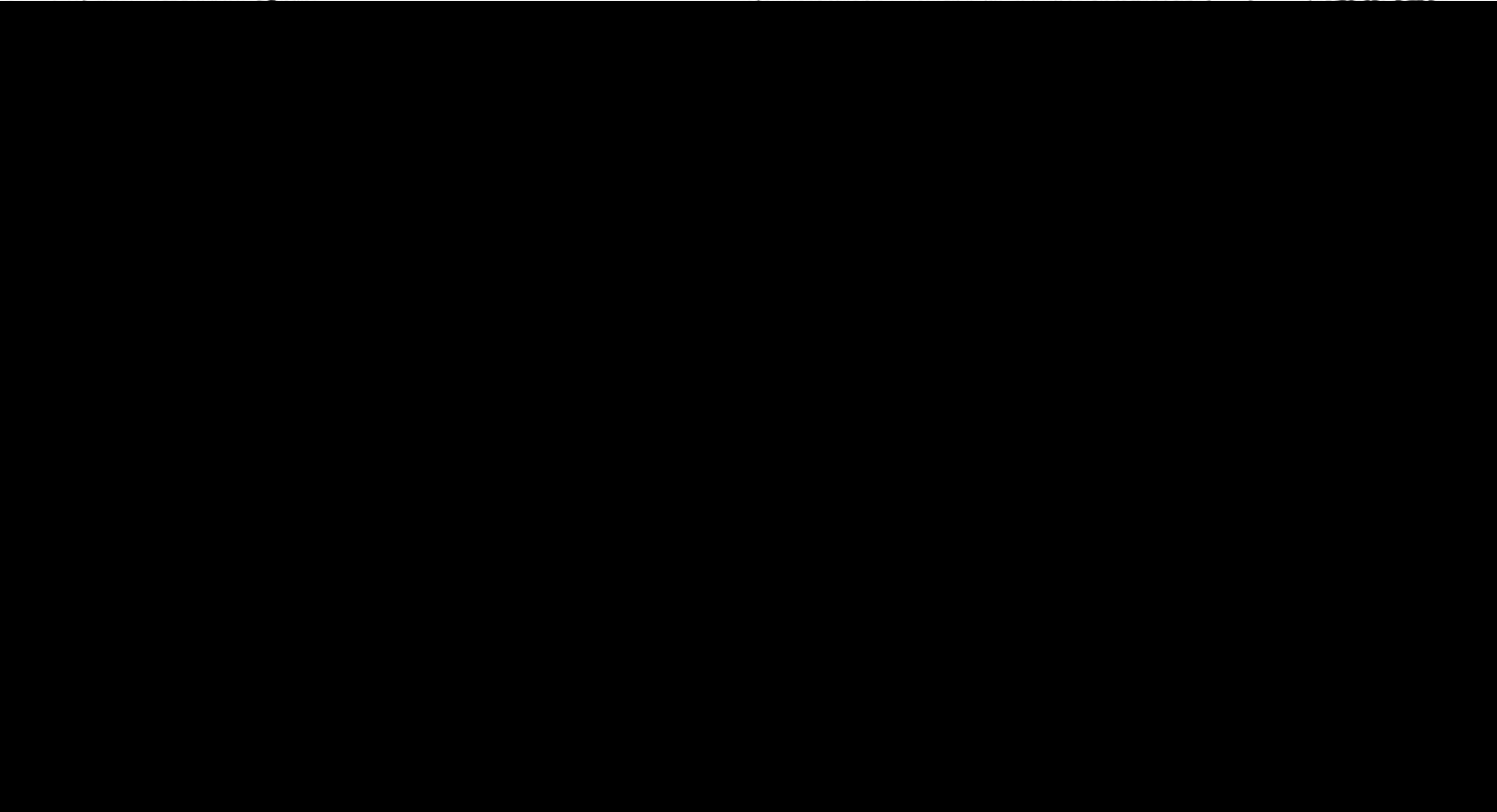
Sin otro particular, se despide cordialmente



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 comunícale 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

GERMAINNE

Nombres

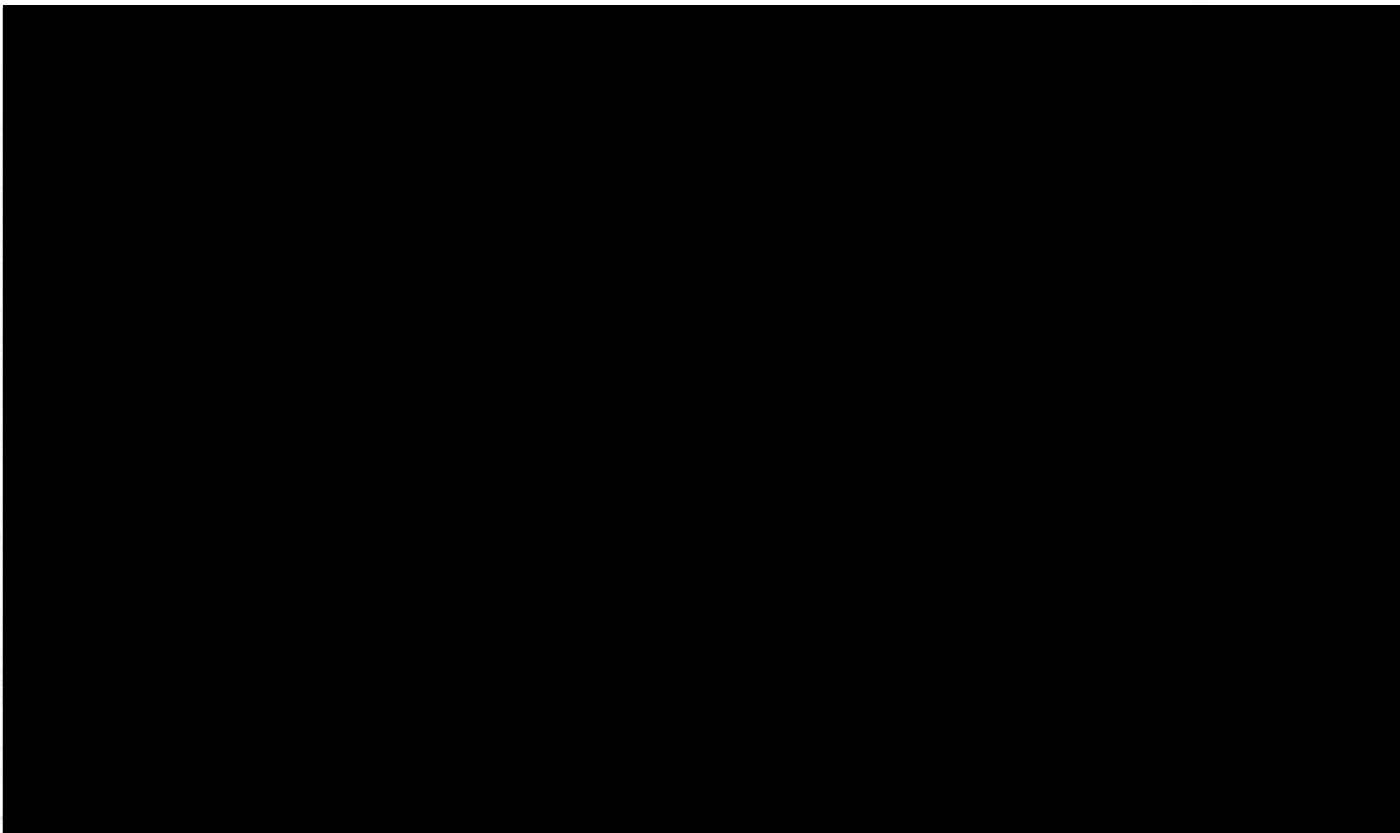
Firma profesional

MINISTERIO DE SALUD

S.S. Metropolitano Norte

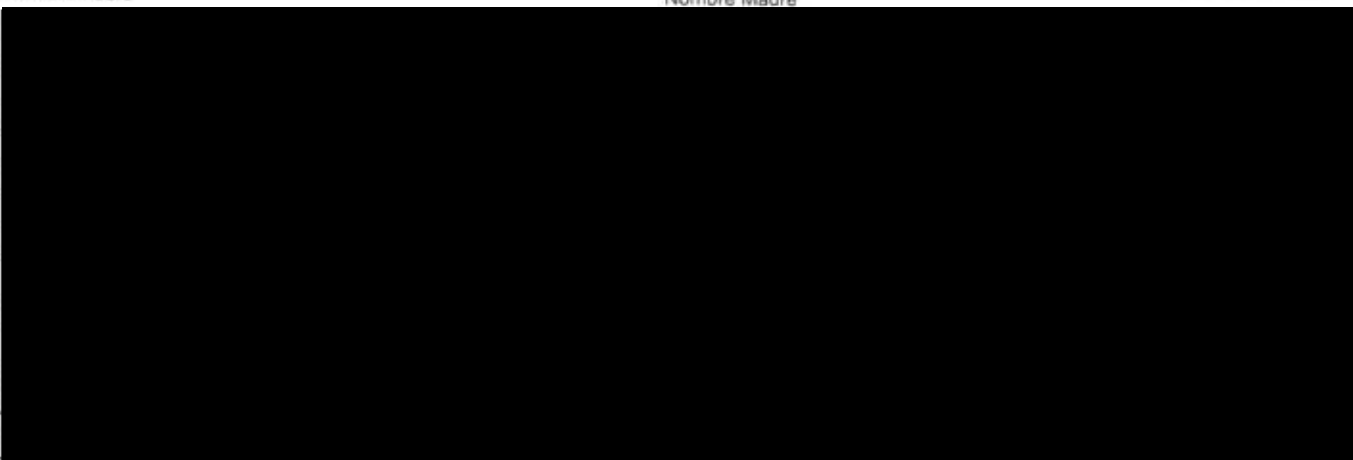
Dr. Lucas Sierra [CGU]

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



Institución:	
Paciente:	
Edad:	
RUT	

DMZ NOVOA Y CIA. LTDA.
FONO: 76.253.419 - 2

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	EFFECTIVO 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
<p>SOCIEDAD DE TECNOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA. RUT: 77.051.510-6</p> <p>"CENTRO MEDICO Y DIAGNOSTICO ALFAMEDICA"</p> <p>FONOS: 227325000 - 227325001</p> <p>EXENTO DE IVA</p>				
			Totales	\$ 45.450

VBº 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....-

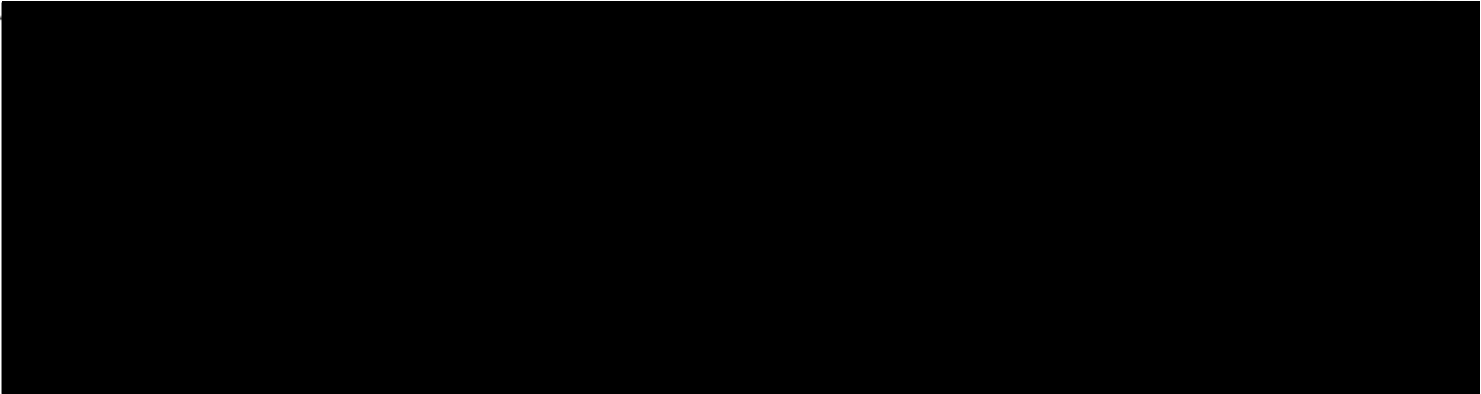


Megasalud SpA

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:

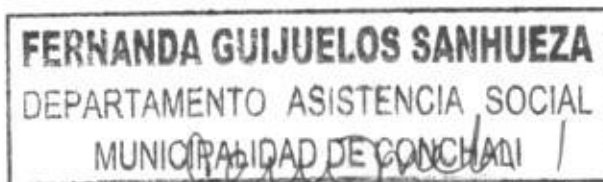
1. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
2. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro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



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



re-bicanta y



FIRMA BENEFICIARIO

74220619
Lic. Zubillaga, Jaime Zubillaga

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



FARMACIAS CRUZ VERDE SPA

R.U.T.: 89.807.200-2

Casa Matriz: AVENIDA EL SALTO # 4875, HUECHURABA,
HUECHURABA

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

Boleta Electrónica N°: 1612425986

Caja:3

Fecha: 22-09-2025

Hora:12:49:20

Sucursal: 5 Avenida Pedro Fontova N° 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

ROLINDA DE LAS MERCEDES NUNEZ

Vendedor: 23966 JAZMIN CATALINA RIVERA R [247361]

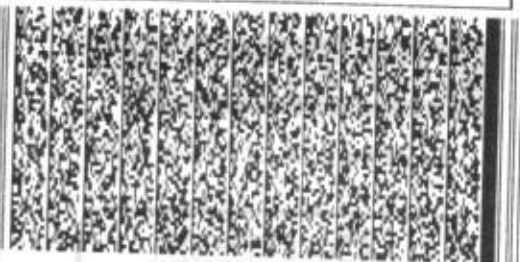
Socio Club Cruz Verde

PORQUE ERES SOCIO DEL CLUB CRUZ VERDE HAS AHORRADO:

EN ESTA COMPRA: \$ 14.516

EN LOS ULTIMOS 12 MESES: \$ 14.516

*Informacion de descuentos ya aplicados



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

VICTORIA CANALES Y COMPANIA LTDA.

RUT: 79.610.730-8

GIRO: ALMACENES MEDIANOS (VENTA DE ALIMENTOS), SUPERMERC
ADOS, MINIMARKETS, FARMACIAS I

CASA MATRIZ: Egata 268

Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE

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

Boleta Electronica Nro.: 22427968

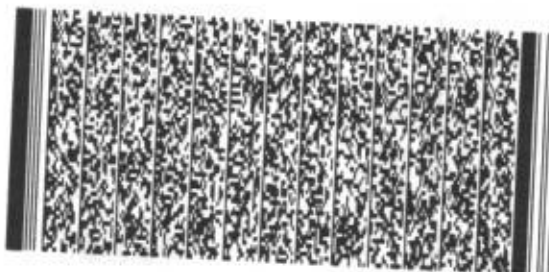
Fecha Emision: 22-09-2025

Boleta de Referencia: Comuna:INDEPENDENC

Descripcion	Cant.	Unitario	Valor
NEUROBIONTA ADU X30 COMP			
7500435221030	2,00 x	16.900	33.800
CARVEDILOL 12.5X30(Z)MEDINO			
4004164	6,00 x	1.880	11.280
TOTAL			45.080
Total Pagado			50000
VUELTO			4920

El IVA de esta boleta es \$7.198

FAR:INDEPENDEN VEN:BERNARDA UERR



Timbre Electronico S.I.I.

Resol. 80 del 2014

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



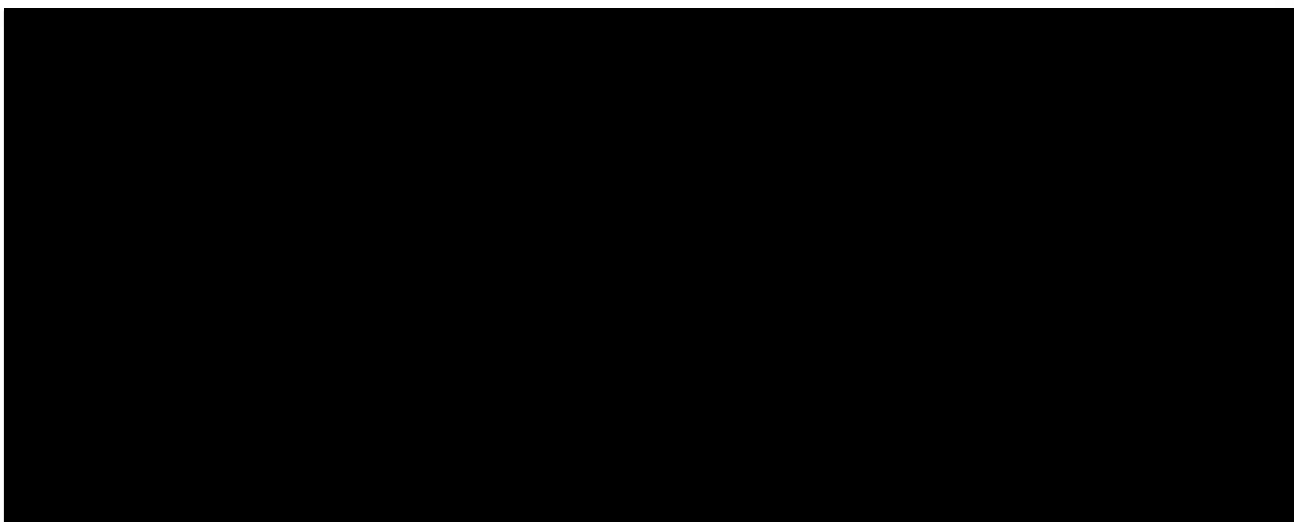
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 07 de agosto 2025

INFORME SOCIAL

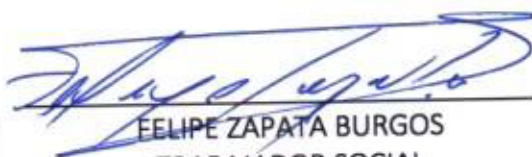
[Redacted content]

[Redacted content]

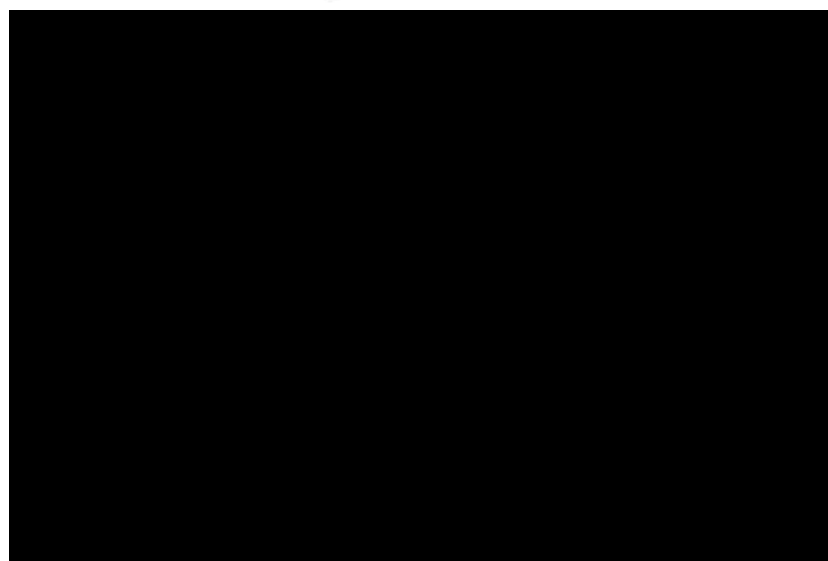
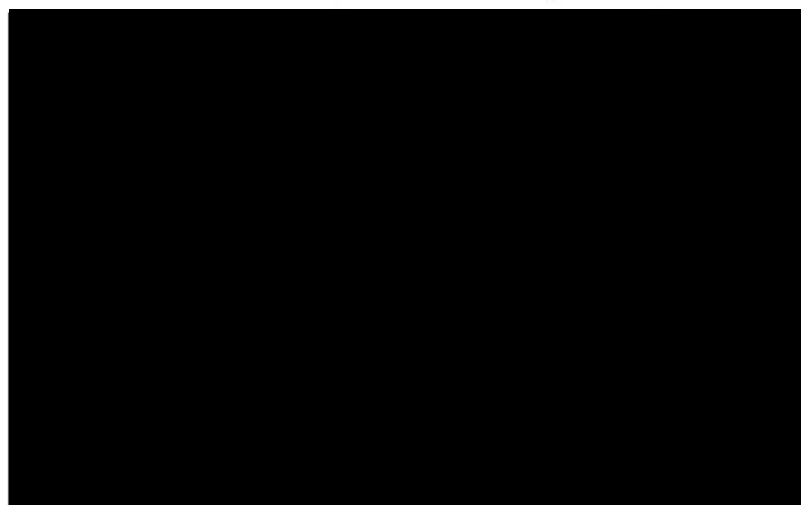


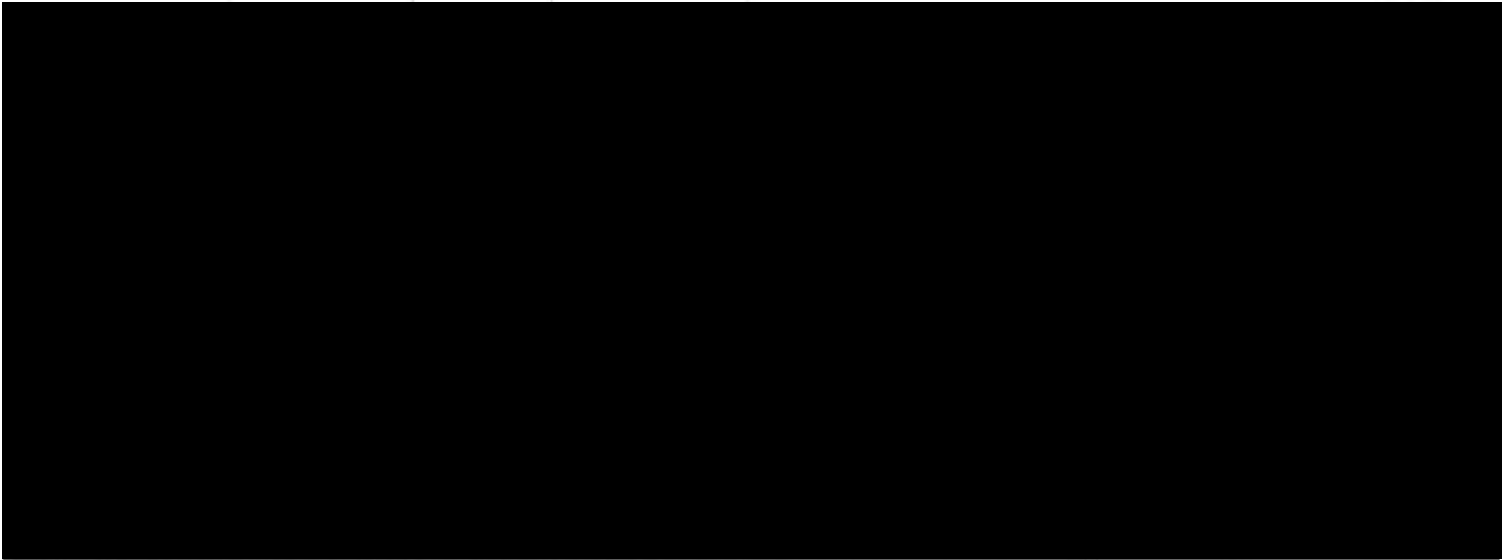
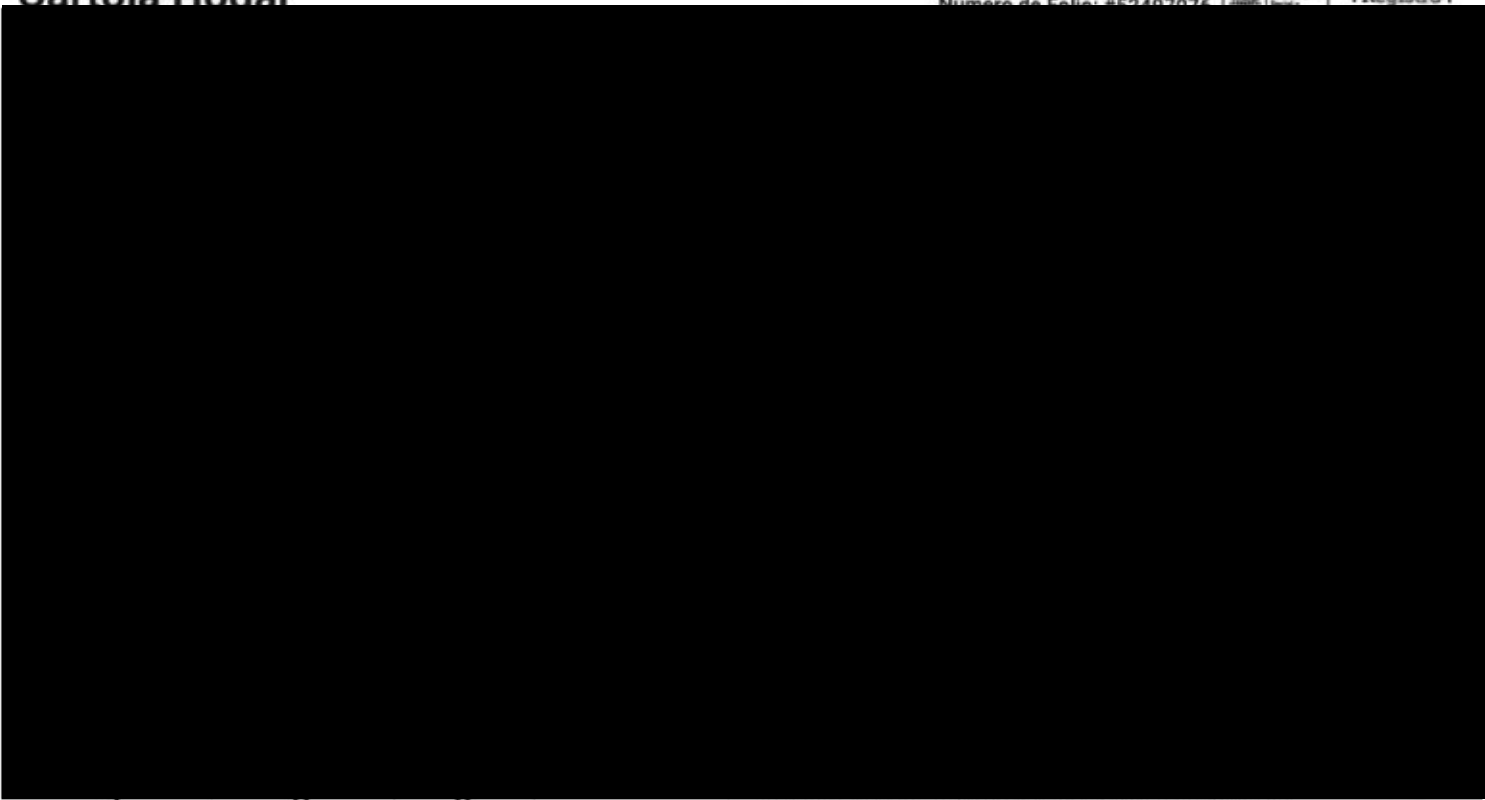
Es cuanto puedo informar, Atte.




FELIPE ZAPATA BURGOS
TRABAJADOR SOCIAL

AOD





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.

Nombre de

Nº de Ficha

Indicaciones:

Rp:

Paracetamol 300mg
1 comp al día
Neurobionto conquisitas
1 comp al día
Carvedilol 12,5mg
1 comp al día
h 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 RecetaABF

Cotización

2 DUALTEN 12,5mg \$45.798.

2 PIASCLEDINE \$73.398.

2 NEUROBIONTA Compr. \$45.398.



farmacias
ahumada®



Administradora de Beneficios Farmacéuticos

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

Código	Descripción	Cant.	Precio
6356	DUALTEN 12.5MG COM 30	2	\$31.980
258246	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>

Pedro Fontova

Duvalten - \$ 14990 x2 \$ 28980

Pilas de dine \$ 26990 x2 \$ 53980

Neurobionta \$ 20490 x2 \$ 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 CONCHALI
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
Departamento Asistencia Total



CONCHALI

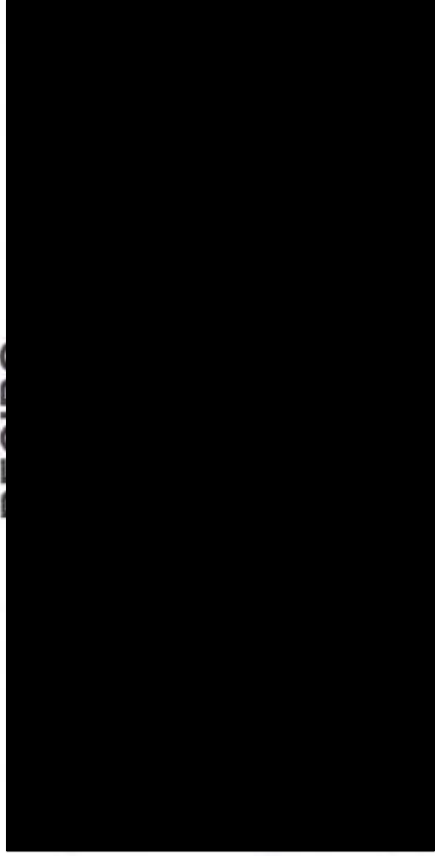
29	09	25
----	----	----

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO



x D. Avelar S.
FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

Estados el CR y comen
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: SANTOS DUMONT 1030-B
- INDEPENDENCIA
Emission: 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 dumontt

Ciente

COMPROBANTE DE VENTA NO
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

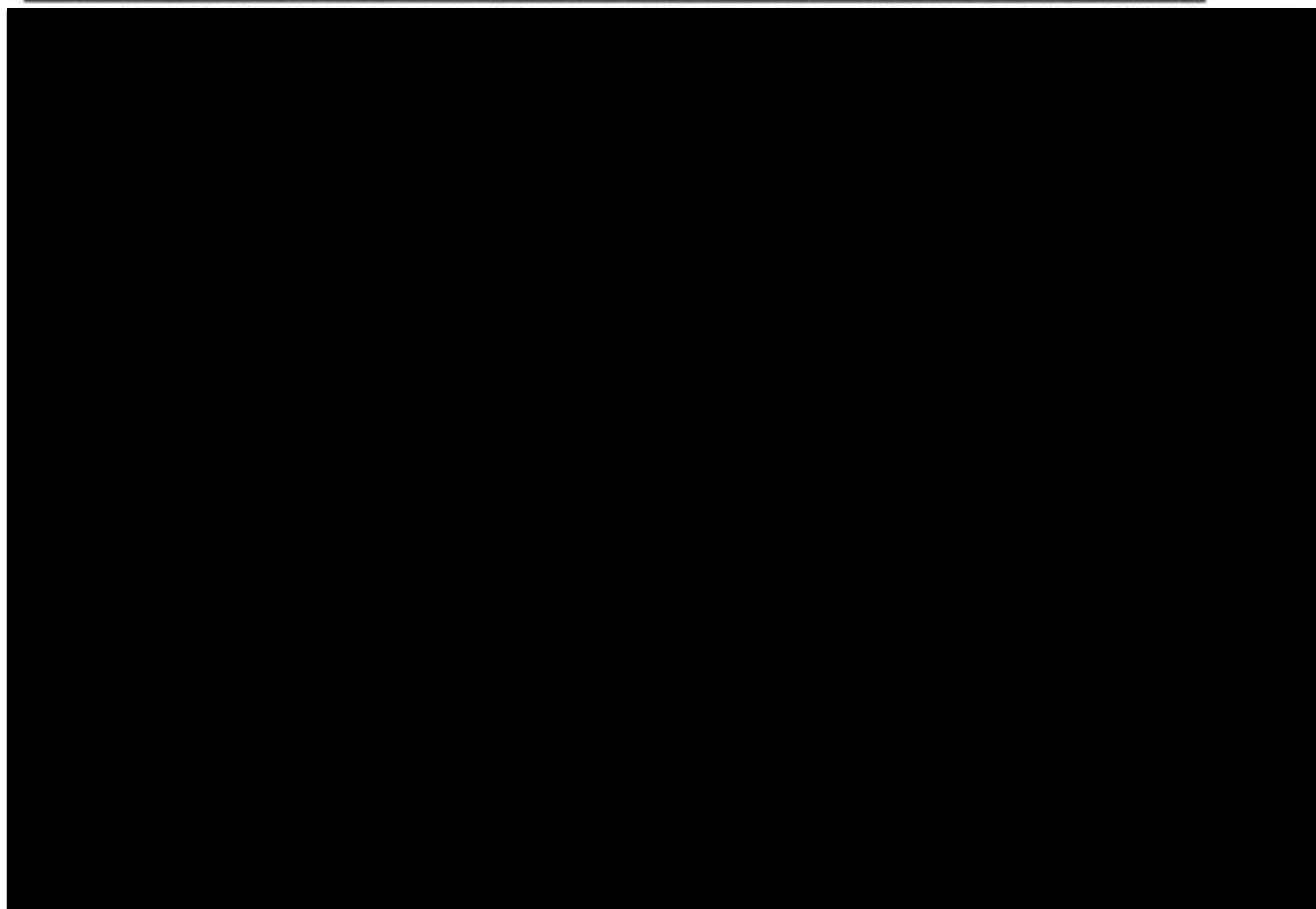
COMPROBANTE NO VALIDO COMO BOLETA
GRACIAS POR SU COMPRA



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 22 de Julio 2025

INFORME SOCIAL



Es cuanto puedo informar, Atte.

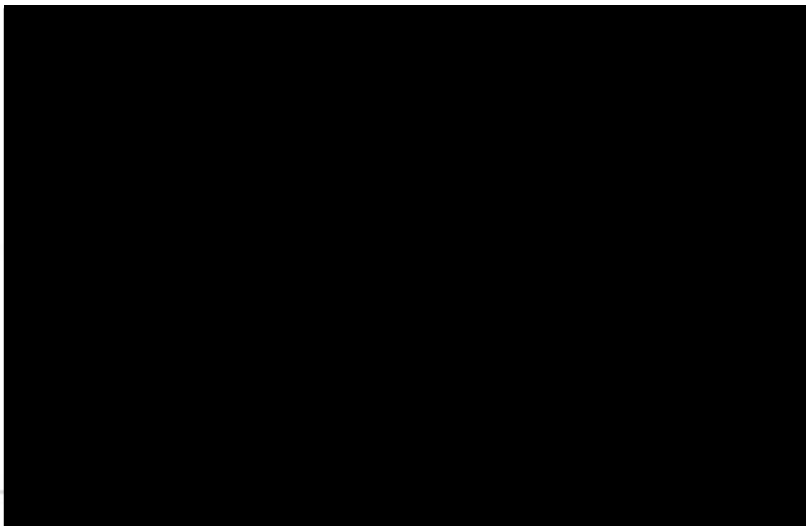
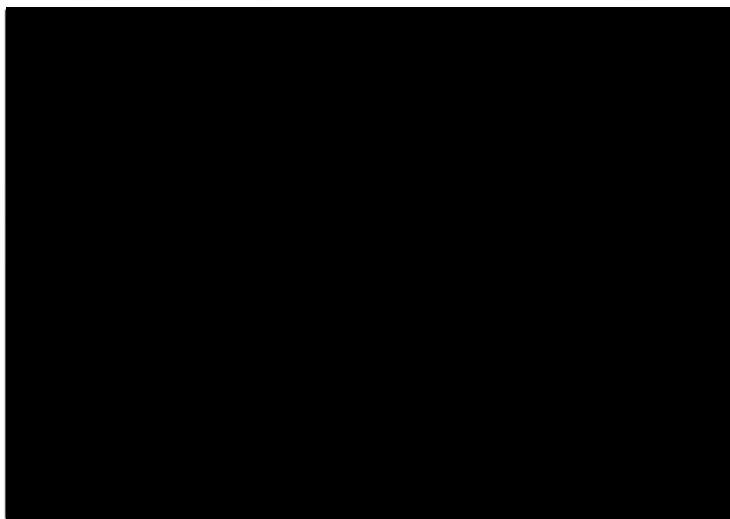


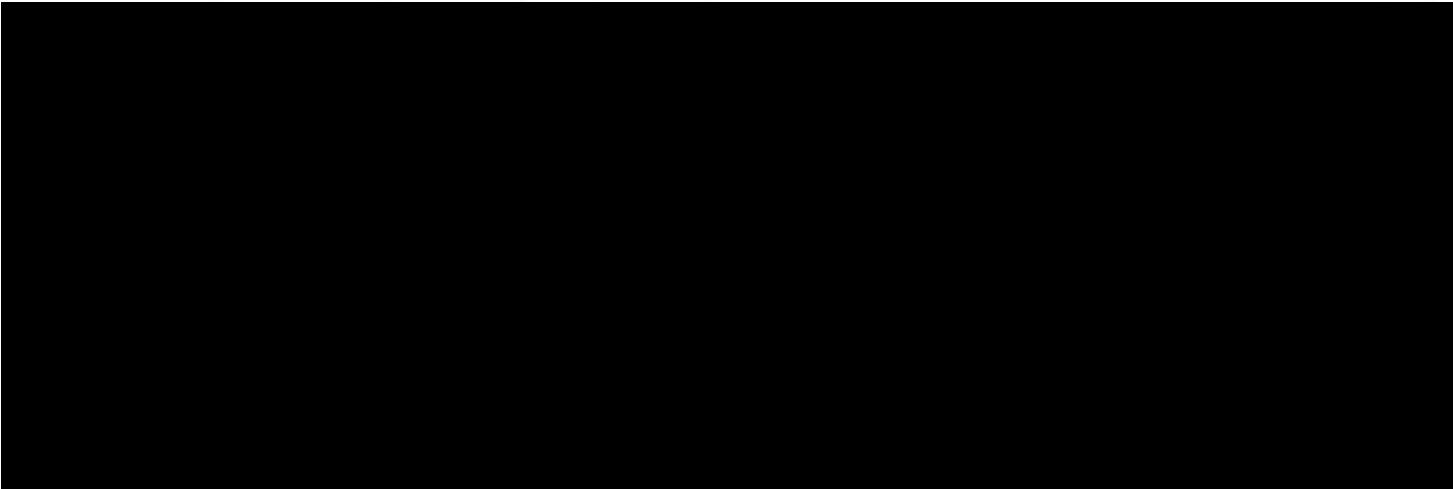
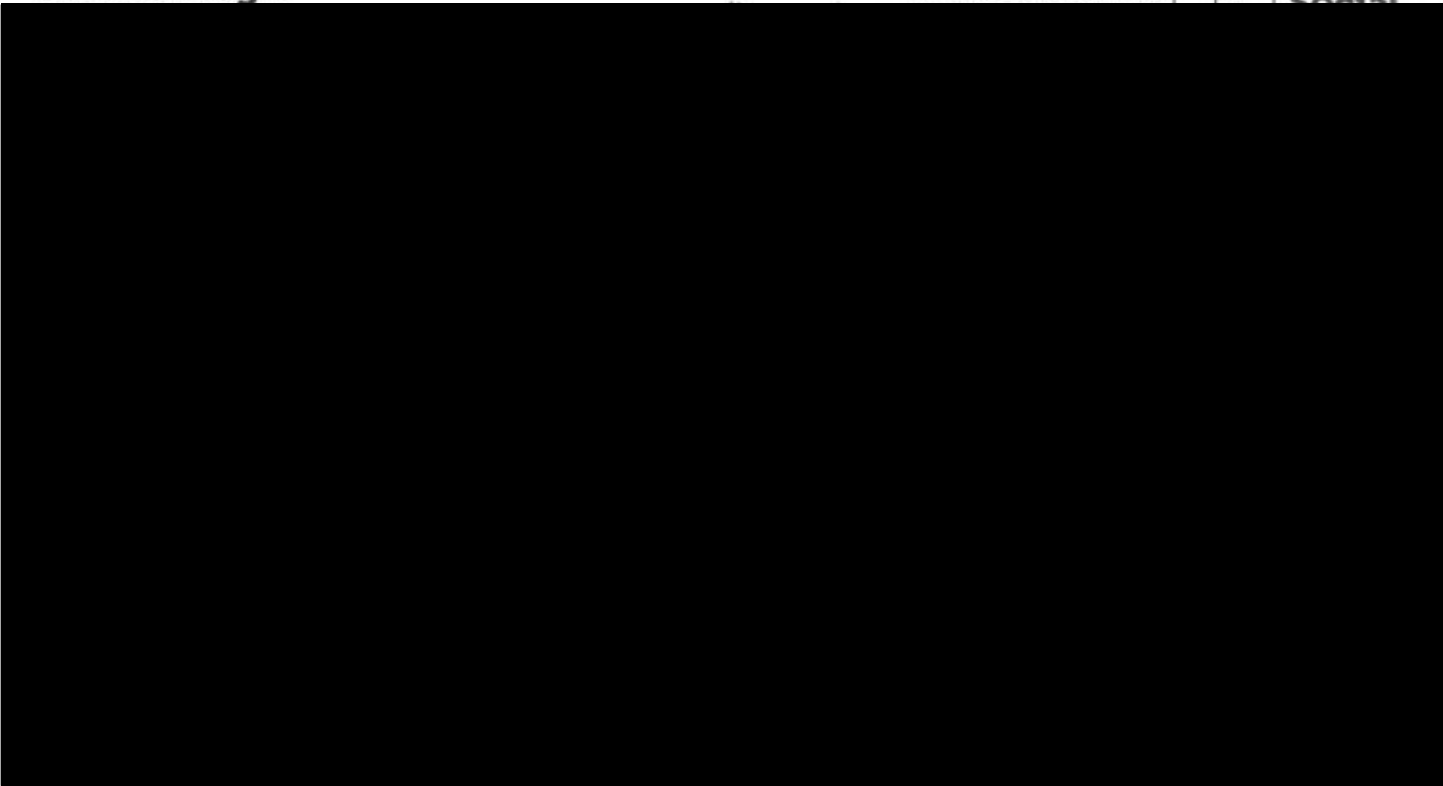
Fernanda Guijuelos /

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.ventanillaunica-social.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunica-social.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

J. Morella Morón M.
Médico Cirujano
C.R. 26.911.519-K

Firma

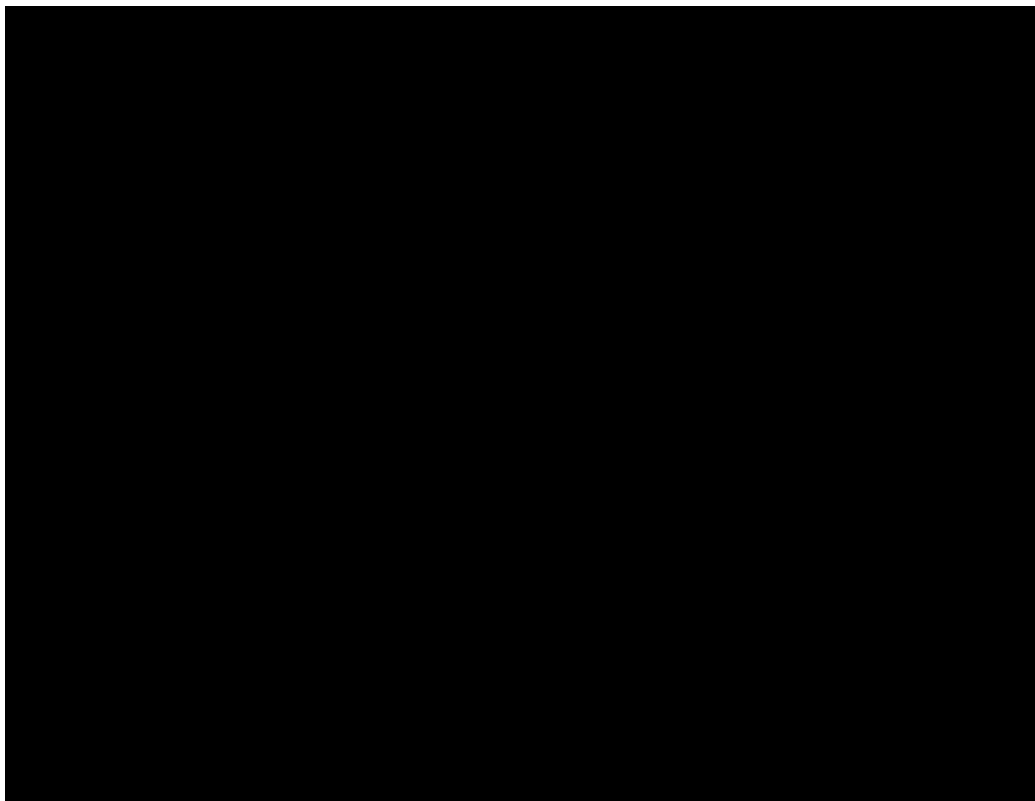
Fecha:

09/07/25

Nº 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

23-mayo-2025

L3 Independencia

OBSERVACIONES

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-057	PLACA 70 NATURA (125266)	10	3.605	36.050
014-058	BOLSA 70 NATURA (416423)	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 70mm convatec
\$46.000 x10

23 Bolsa 70mm convatec
\$28.000 x10.

huc

6747-9

plb

10

lch

10

 **TriMedic**
76.847.721 - 3
Av. Independencia 928
Fono: 224016358

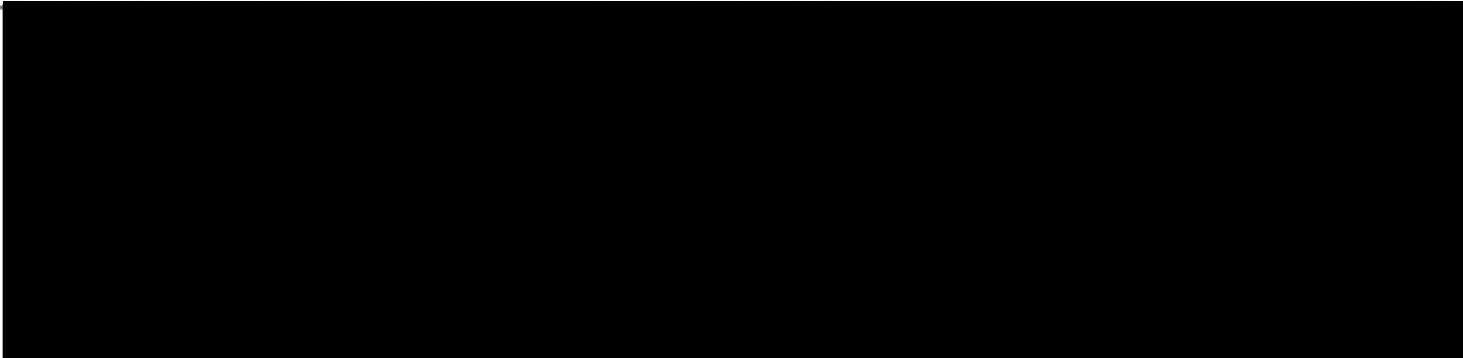
total \$65900

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 • ÑUÑO A
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 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
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

Fernanda!

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