



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

DECRETO DE PAGO
MUNICIPALIDAD

556

DECRETO N° 2940 IDDOC 867734
CONCHALÍ, martes 11 noviembre 2025

VISTOS
LA FACULTAD QUE ME CONFIERE LA LEY 18.695 DE 1988

DECRETO: PAGUESE A TRAVES DEL SR. TESORERO MUNICIPAL A:
SR(ES) :PEÑA PAZ EVELYN ANDREA

RUT [REDACTED]

LA SUMA DE \$:1.043.130
Y SON:UN MILLON CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/L

POR LO SIGUIENTE:
6° FONDO A RENDIR NOVIEMBRE/25 ASISTENCIA SOCIAL - DE.N°223 26/02/18 - DE.N°411 03/04/19 - DE.N°25 03/04/24 - DE.N°218 19/02/25 - RINDE POR MEMO N°42 07/11/25 DIDECO RENDICION CONTABILIZADA EN MOVIMIENTO 0-3627 10/11/25 - CERTIFICADO N°162 DEL 10/11/25 CONTABILIDAD - OBLIGACION 18-118 - IMPUTACION 2212002012 - SON 15 UTM X \$69.542 = \$1.043.130

CONTABILICESE COMO SE INDICA					
CUENTA	DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
1140313017	Evelyn Peña Paz	1.043.130		[REDACTED]	M-42
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9052422
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9052423
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9052424
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		143.130		C-9052425

TOTALES : 1.043.130 1.043.130

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.	
	V°B° TESORERO	FIRMA	RECIBI CONFORME

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO 0-3.89018181454-3 PEÑA PAZ EVELYN ANDREA

FECHA 04/12/2025GLOSA 6º F.RENDIR NOV/25 ASISTENCIA SOCIAL-D.PAGO*2940 11/11/25 -C.I*5490107

Lin CTA	DENOMINACIÓN	SubProg	C.COSTO	DEBE	HABER	OBLIG.	RUT	DOC.	FECHA
1 54101	Transferencias Corrientes al Sector Privado		000000	994.900	0				
2 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	0	154.110	18-118		D-2940	11/11/2025
3 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	0	448.300	18-118		D-2940	11/11/2025
4 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	0	392.490	18-118		D-2940	11/11/2025
5 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	154.110	0			D-2940	
6 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	448.300	0			D-2940	
7 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	392.490	0			D-2940	
8 1140313017	Evelyn Peña Paz		130100	0	994.900			D-2940	11/11/2025
TOTALES				1.989.800	1.989.800				

EMITIDO POR


FRANCISCA VEJAR NAVARRO
Rentas Municipales
Depto. Contabilidad y Presupuesto

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO

V.B.
CONF. COMPROBANTE

CONTABILIZACION POR FOLIO UNICO

Folio	Cta	Denominacion	Fecha	Debe	Haber
5490107	1140313017	Evelyn Peña Paz	28/11/2025		48.230
	1110101154	Daniela Orellana Uribe	28/11/2025	48.230	
	TOTAL FOLIO: 5490107			48.230	48.230
	TOTAL GENERAL			48.230	48.230

 <div>ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI RUT: 66.070.200-2 INDEPENDENCIA N°3498 228 286 100 CONCHALI - SANTIAGO</div>		FOLIO N° 800604	
INGRESO N° 5490107			
PEÑA PAZ EVELYN ANDREA			
NOMBRE			
FONDOS A RENDIR			
TRIBUTO O MULTA POR INFRACCIÓN		TELÉFONO	
R.O.L.	VIGENCIA	28/11/2025	
FECHA EMISIÓN			
CONCEPTO			
REINTEGRO SEGUN DECRETO DE PAGO N°2940/2025.			
NO USAR - CONTABILIDAD		FECHA 30/11/2025	
IMPUESTOS Y/O DERECHOS		VALORES \$	
Evelyn Peña Paz		48.230	
		28/11/2025	
SUB TOTAL		48.230	
I.P.C.		0	
INTERES		0	
TOTAL \$		48.230	
VZAGAL			
CONTRIBUYENTE			



MEMO N° 45 /2025

ANT; Rendición mes de noviembre 2025.
Decreto pago N° 2940 fecha 12/11/2025

CONTABILIDAD
21/12/2025

Conchalí; 01 DIC 2025

A : PATRICIO SAAVEDRA MUÑOZ
DIRECTOR RENTAS MUNICIPALES

DE : CARLA PINTO LLANTEN
JEFA DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Junto con saludar muy cordialmente, remito a Ud. Rendición correspondiente al mes de noviembre 2025 a nombre de Evelyn Peña Paz Run [REDACTED], correspondiente a la adquisición de bienes y/o servicios para vecinos de la comuna con vulnerabilidad socioeconómica, por un monto total de \$ 1.043.130, correspondientes a los cheques N° 9052422, 9052423, 9052424 y 9052425 de los cuales se realizó un reintegro de \$ 48.230. Se adjunta comprobante de reintegro Folio N° 800604 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 Evelyn Peña Paz.

Sin otro particular, se despide muy cordialmente de Ud.


CARLA PINTO LLANTEN
JEFA DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CPLL/yaa

Distribución:

- Administración y finanzas DAS

870344





RENDICION DE CUENTA
GASTOS MENORES

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

FECHA:

VALOR UTM PERIODO DE RENDICION:

IDENTIFICACIÓN FUNCIONARIO A CARGO DEL FONDO

NOMBRE	EVELYN PEÑA PAZ ✓
RUT	██████████ ✓
DIRECCION	DIDECO ✓
DEPARTAMENTO O UNIDAD	DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL ✓
AUTORIZADO POR DECRETO EXENTO Nº	515 DE FECHA 05/05/2025 ✓
MONTO GIRADO \$	1.043.130 ✓
DECRETO DE PAGO Nº	2940 DE FECHA 12/11/2025 ✓
EGRESO Nº	30-2836 ✓
CHEQUE Nº	9052422- 9052423- 9052424- 9052425 ✓
FECHA DE RENDICION	01/12/2025 ✓
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	20/11/2025 ✓	10866274 ✓	ECOGRAFIA TIROIDEA ✓	30.210 ✓
02	21/11/2025 ✓	9790 ✓ 953943293 ✓ 953943294 ✓	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + TEST DE UREASA ✓	65.000 ✓
03	25/11/2025 ✓	954371070 ✓ 954371833 ✓	ECOCARDIOGRAMA DOPLER COLOR Y HOLTER DE PRESION ARTERIAL ✓	109.180 ✓
04	26/11/2025 ✓	954513243 ✓	TAC DE COLUMNA CERVICAL Y TAC DE CRANEO ✓	124.460 ✓
05	28/11/2025 ✓	954796653 ✓	ELECTROMIOGRAFIAS ✓	63.640 ✓
06	21/11/2025 ✓	22437435 ✓	3 CAJAS DE SULIX ✓	22.140 ✓
07	21/11/2025 ✓	22437432 ✓	3 CAJAS DE JARDIANCE ✓	131.970 ✓
08	25/11/2025 ✓	250 ✓	APORTE DE 160.000 PARA LENTES OPTICOS ✓	160.000 ✓
09	27/11/2025 ✓	127991 ✓	20 BOLSAS Y 19 PLACAS DE COLOSTOMIA ✓	121.300 ✓
10	27/11/2025 ✓	127992 ✓	39 BOLSAS DE COLOSTOMIA, 1 TELA ADHESIVA Y 1 PASTA STOMAHESIVE ✓	167.000 ✓
SUMA TOTAL \$				994.900 ✓

REINTEGRO \$ 48.230 ✓

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	TERESA SANTIBAÑEZ CAMPOS, RUN 10.061.309-3	
02	PAMELA BASAI CERON, RUN 12.877.447-5	
03	PATRICIA SILVA QUINTANA, RUN 6.920.099-0	
04	GLADYS IBARRA PIÑA, RUN 7.980.355-3	
05	MONICA RIQUELME PULGAR, RUN 12.234.338-3	
06	MATEO ARAVENA ARANEDA, RUN 4.536.666-9	
07	JULIANA CASTAÑEDA MEDINA, RUN 10.104.219-7	
08	MARIA VERA MORALES, RUN 13.908.578-7	
09	GIOVANNA PEREZ ARAVENA, RUN 11.209.577-2	
10	JOSE MELLADO CISTERNAS, RUN 9.577.489-K	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES

 Firma y Timbre Responsable del Fondo	 Firma y Timbre Director.
FRANCISCA VEJAR NAVARRO Rentas Municipales Dpto. Contabilidad y Presupuesto	 Firma y Timbre Dpto. Contabilidad y Presupuesto.
Firma y Timbre Analista Dpto. Contabilidad y Presupuesto.	Firma y Timbre Dpto. Contabilidad y Presupuesto.

/yaa.

RENDICION MES DE NOVIEMBRE

DECRETO DE PAGO N° 2940 DE FECHA 12/11/2025

OTROS SERVICIOS PROFESIONALES
CUENTA 24.01.007.015

NOMBRE	RUT	DOMICILIO	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
			ECOGRAFIA TIROIDEA	REDSALUD	10866274	30.210
			ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + TEST DE UREASA	SERVICIOS ENDOSCOPICOS	9790 953943293	
			ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR Y HOLTER		953943294	65.000
			DE PRESION ARTERIAL	REDSALUD	954371070	
					954371833	109.180
			TAC DE COLUMNA CERVICAL Y TAC DE CRANEO	LABOCENTER	954513243	124.460
			ELECTROMIOGRAFIAS	CLINICA DAVILA	954796653	63.640
					TOTAL	392.490

	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
	3 CAJAS DE SULUX	ECO FARMACIA	22437435	22.140
	3 CAJAS DE JARDIANCE	ECO FARMACIA	22437432	131.970
			TOTAL	154.110

	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
	APORTE DE 160.000 PARA LENTES OPTICOS	VF OPTICAS	250	160.000
	20 BOLSAS Y 19 PLACAS DE COLOSTOMIA	MARTIMED	127991	121.300
	39 BOLSAS DE COLOSTOMIA, 1 TELA ADHESIVA Y			
	1 PASTA STOMAHESIVE	MARTIMED	127992	167.000
			TOTAL	448.300

TOTAL	994.900
GASTOS	



NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO



Yerusa Santibañez 101
FIRMA BENEFICIARIO


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° 10866274

S.I.I. - SANTIAGO





Fecha Emisión 20 Noviembre 2025

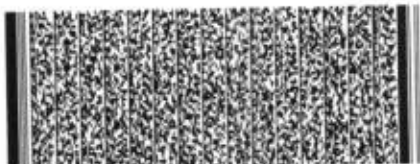
N° De Orden de Atención

A0042573077

NOMBRE:

R.U.T.: 10.061.309-3

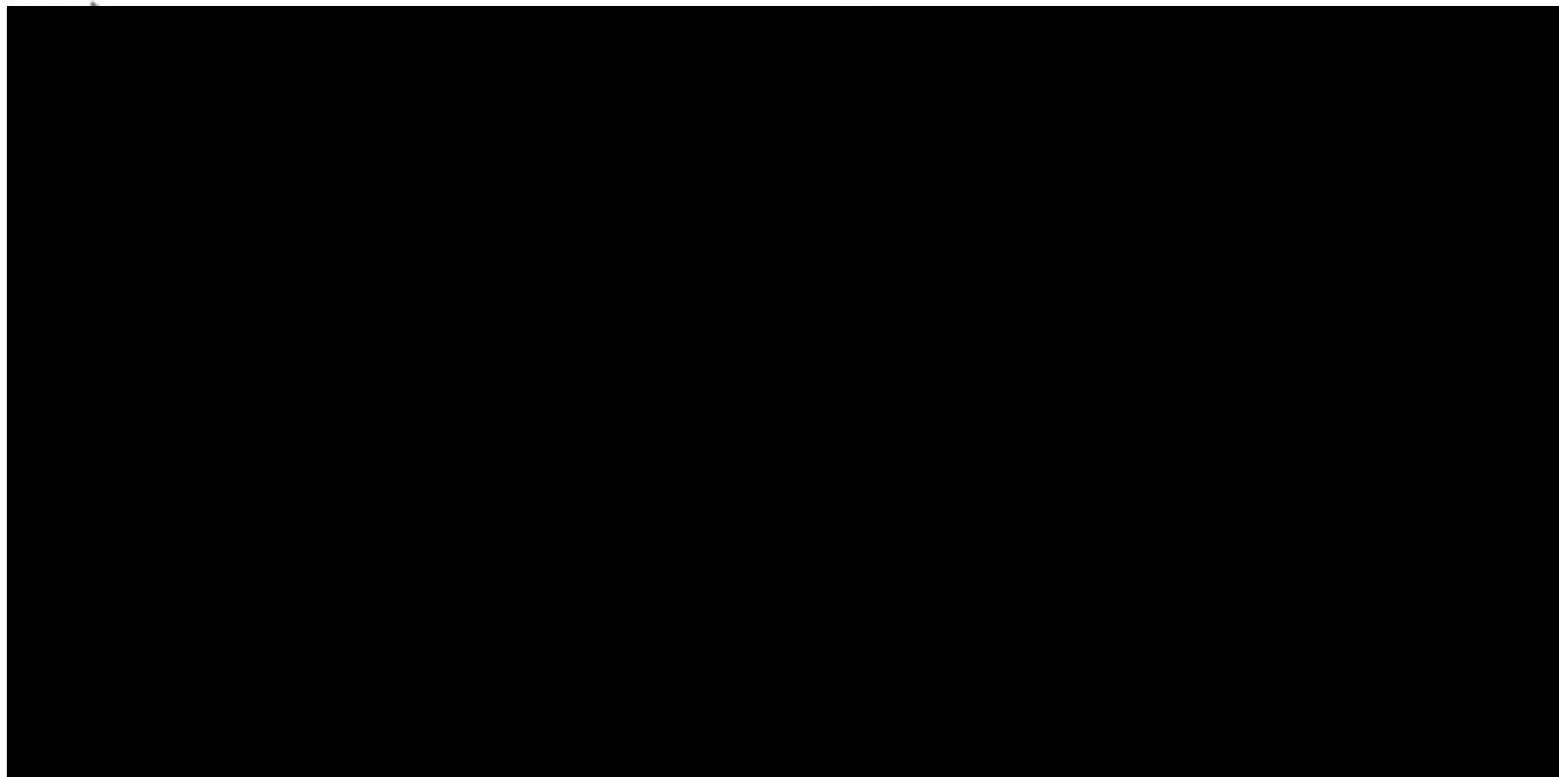
Código	Detalle de Prestación	Cant.	Valor Total
0404015	ECOGRAFÍA TIROIDEA (INCLUYE DOPPLER) Profesional Viviana Carolina Lucarini Truant RUT 27003051-3	1	30.210
<div><div> Laboratorio Clínico</div><div> Imagenología</div><div> Clínicas Dentales</div><div> Especialidades Médicas</div></div>			Monto Exento Monto Total 30.210 30.210



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 A: Irrarrázaval N° 2305

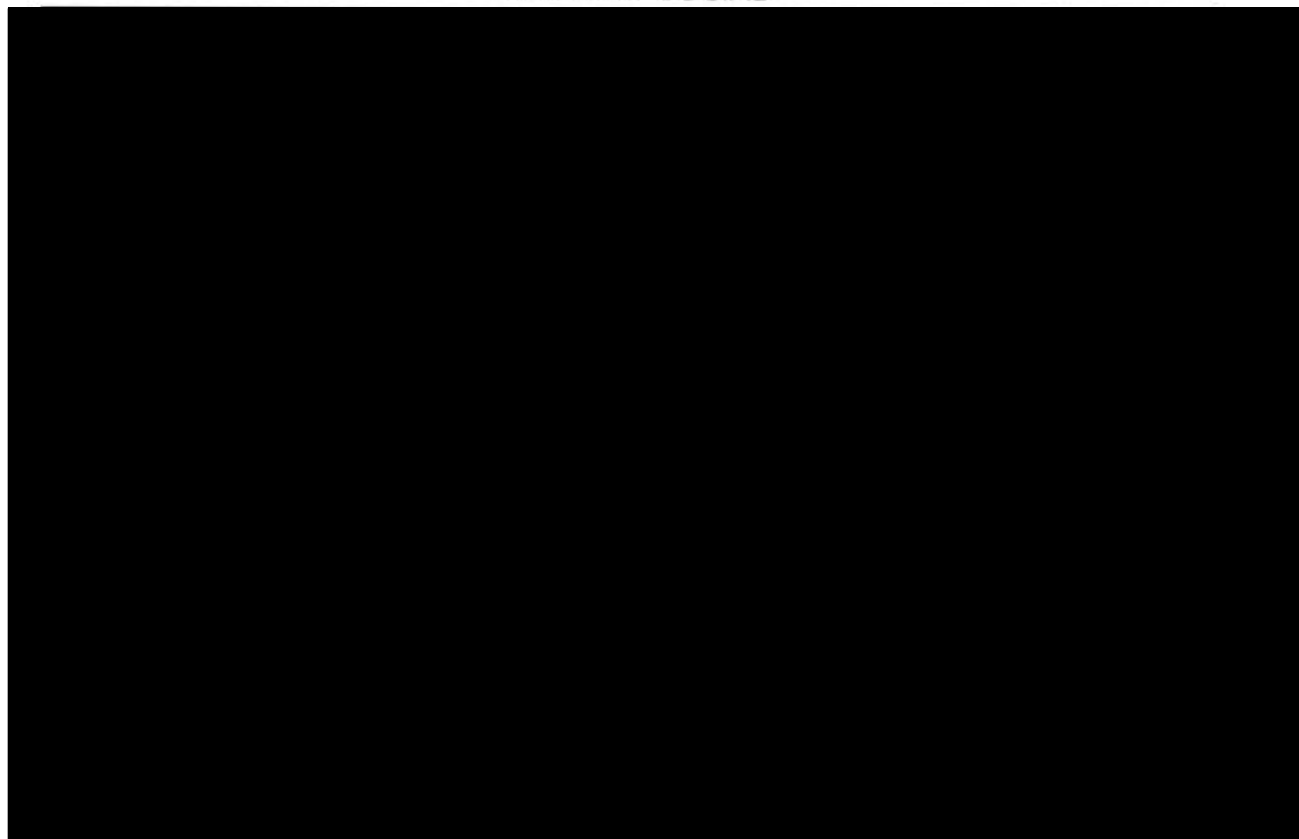




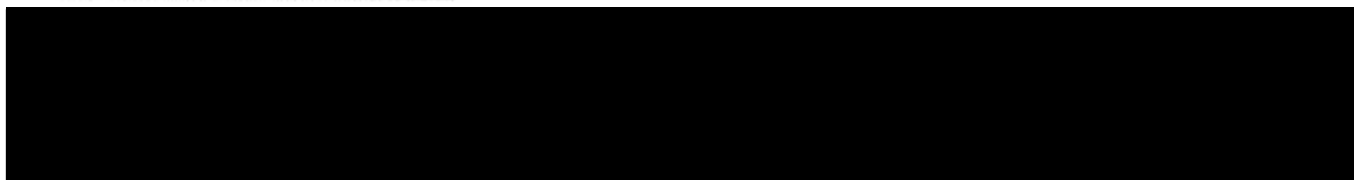
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 02 de septiembre 2025

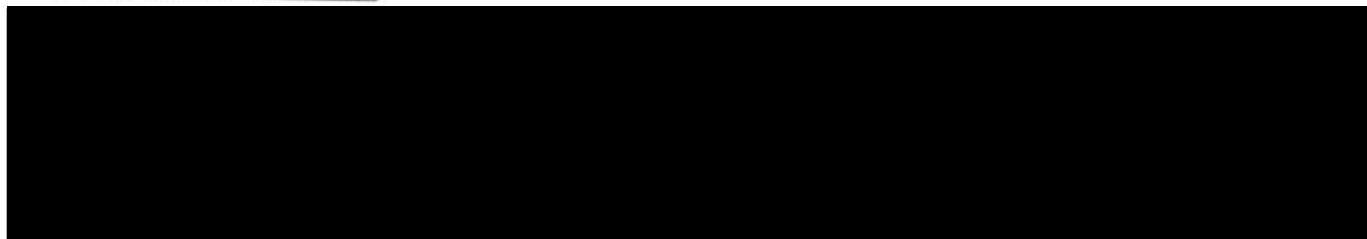
INFORME SOCIAL



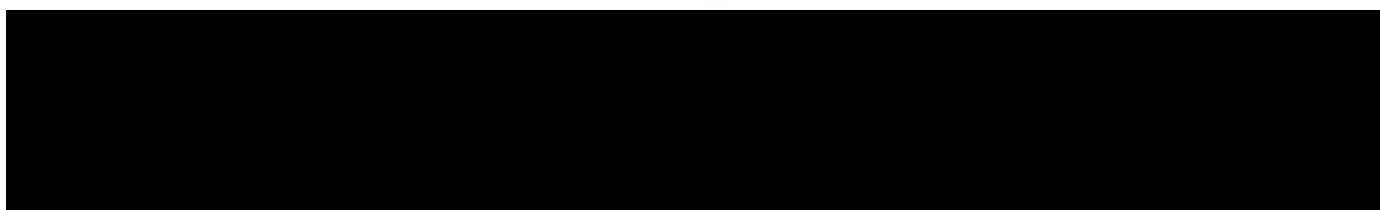
3.- SITUACIÓN HABITACIONAL



4.- SITUACIÓN DE SALUD



5.-SITUACIÓN ACTUAL Y ECONOMICA



6.- OPINIÓN PROFESIONAL

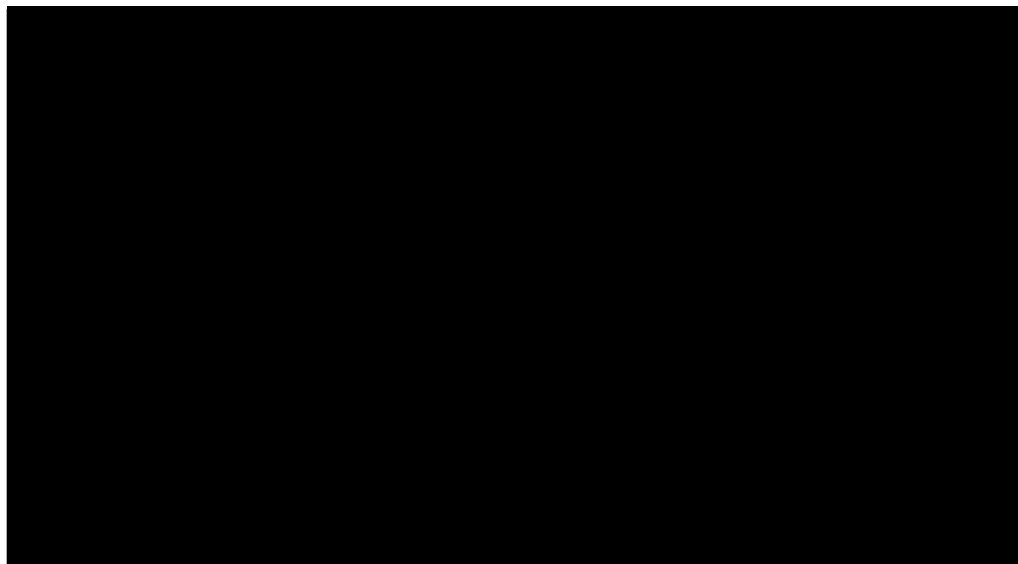
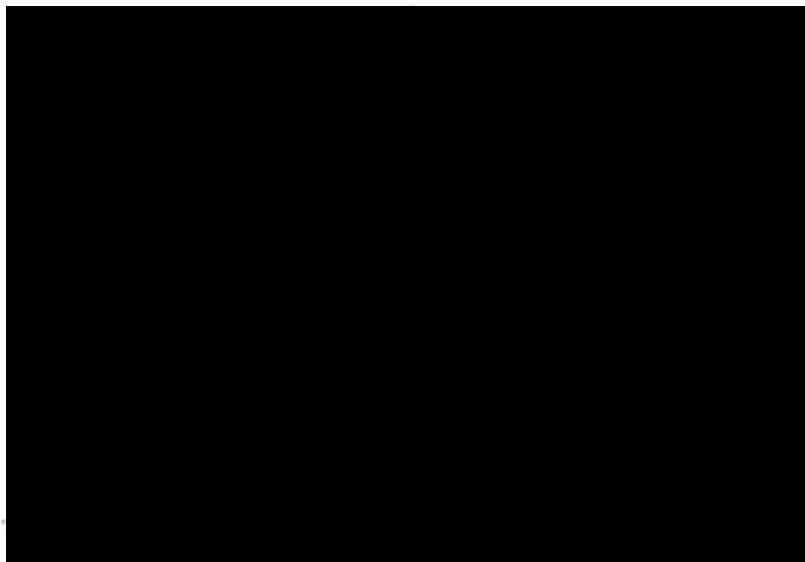
En virtud de los antecedentes expuestos, quien emite el presente informe social, corrobora que efectivamente los ingresos de este grupo familiar no son suficientes, teniendo en consideración de las complejidades del caso, se solicita al Departamento de Social con la ayuda para realizar un examen de ECOGRAFIA TIROIDEA

Es cuanto puedo informar, Atte.



EVELYN PEÑA PAZ
TRABAJADORA SOCIAL
DEPARTAMENTO SOCIAL

AOD

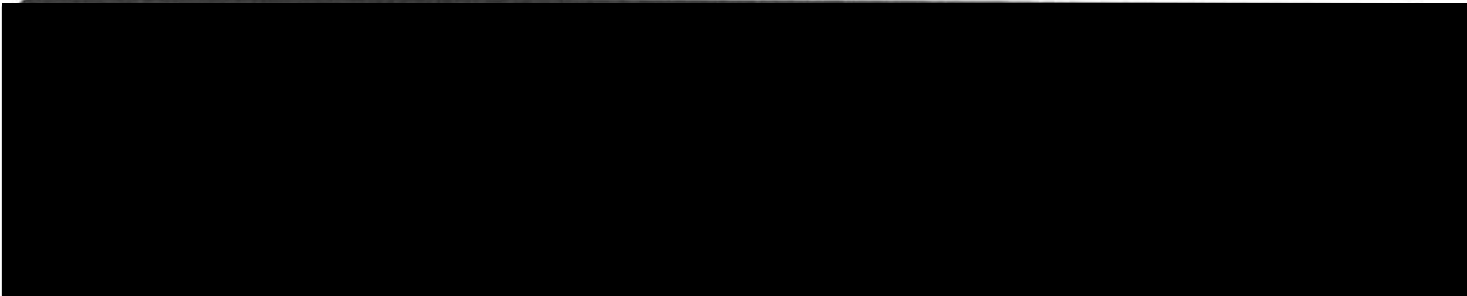
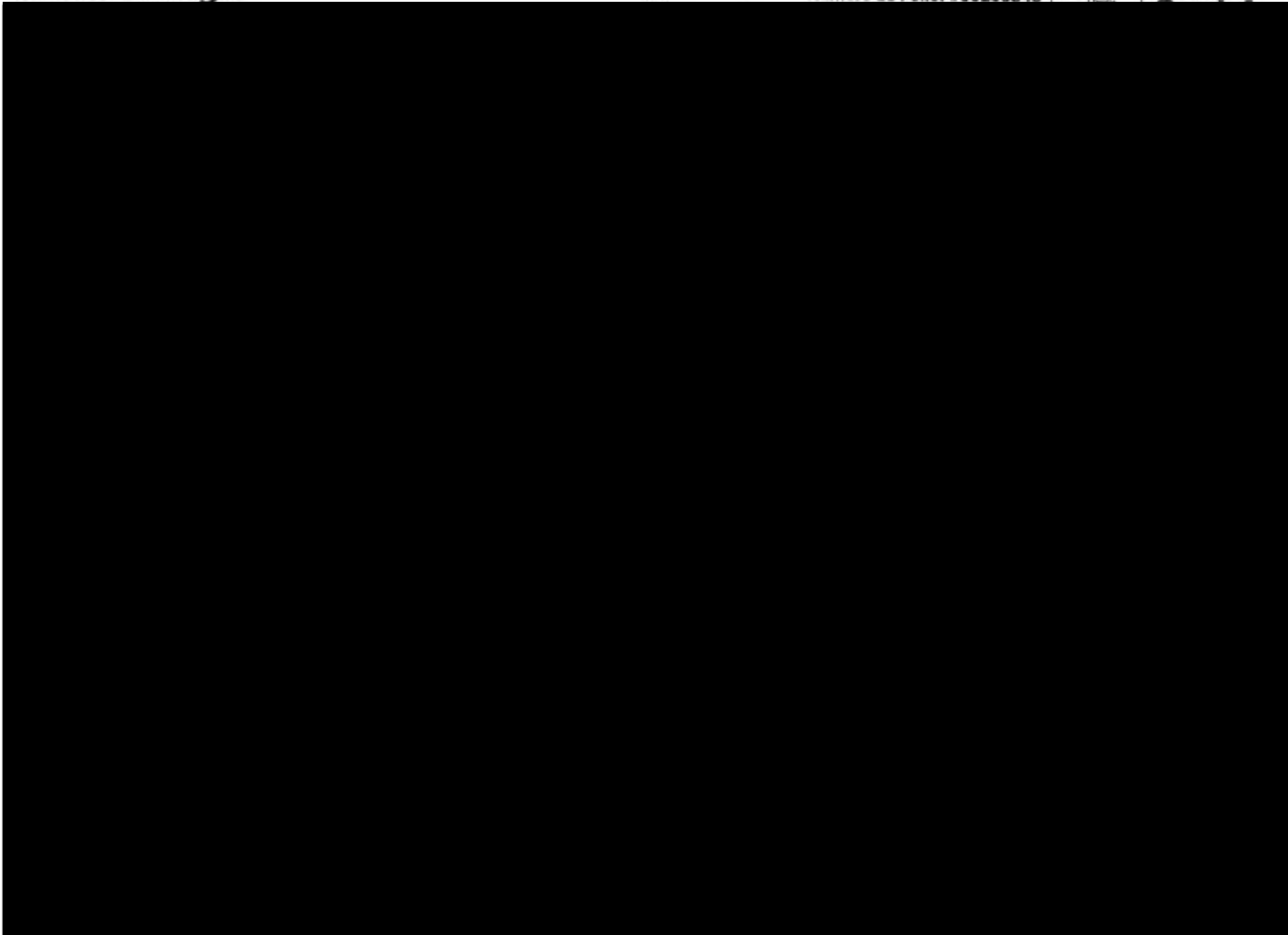


Cartola Hogar

Número de Folio: #50208345



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.ventanillaunica-social.gob.cl



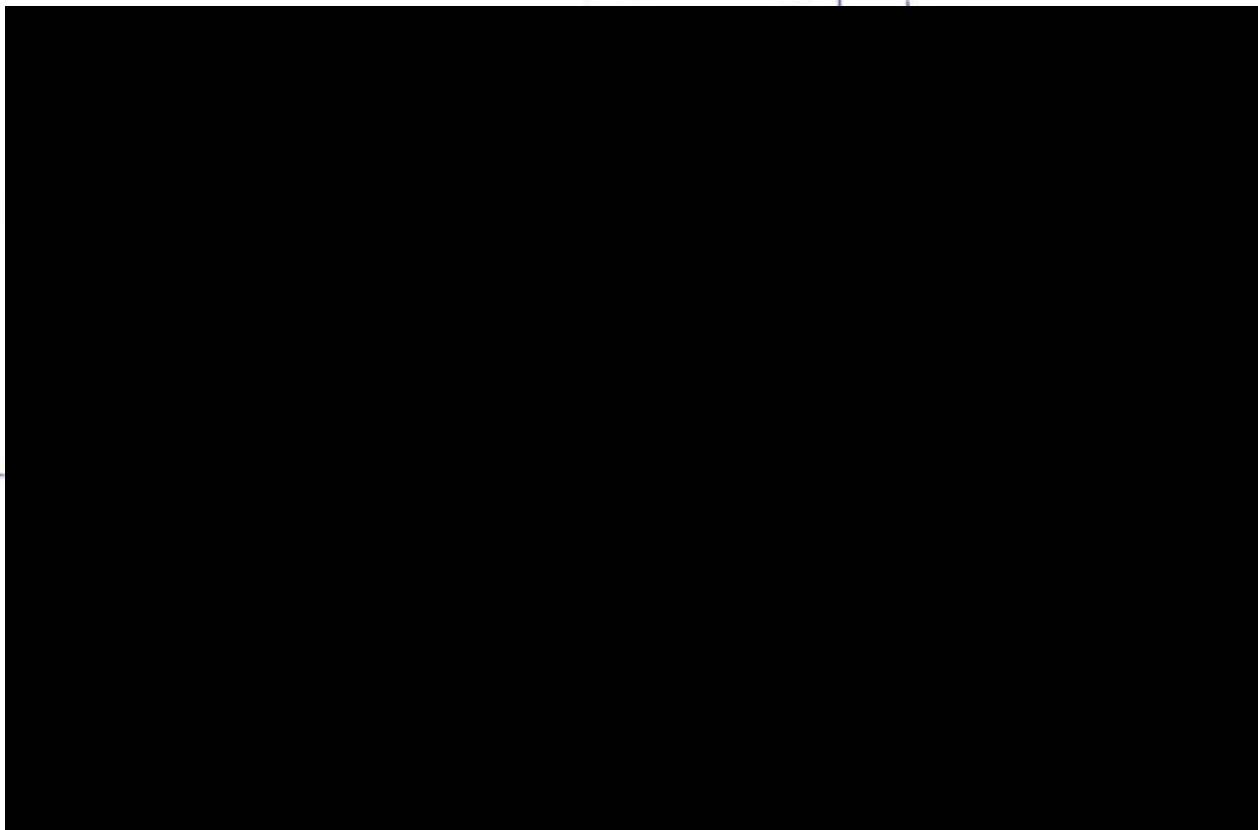
Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunica-social.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

2611



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

RECETA MÉDICA



RCM: 54081-5

Firma Profesional Prescriptor



Presupuesto



Detalle	Cantidad	Unidad (\$)	Dcto (\$)	Total (\$)
- 0404015-Ecografía tiroidea Fonasa	1	25.000	0	25.000
Total a pagar				25.000

Formas de pago:
débito-crédito-efectivo-trenferencia

Observaciones:
sin preparación





CRUZ NACIONAL INDEPENDENCIA
Dirección: AV. INDEPENDENCIA 908
Fono: 56224125850
Email: contacto@cruznacional.cl

Convenio Referencia: PARTICULAR - CRUZ NACIONAL

Detalle de prestaciones :

Descripción	Total Base	Descuento	Total 2	Bonificación	Total
OTRAS PRESTACIONES	\$ 41.250	\$ 8.250	\$ 33.000	\$ 0	\$ 33.000
ECOGRAFÍA TIROIDEA (ECOGRAFIAS - ECOGRAFIA)[IM-0404015]	\$ 41.250	\$ 8.250	\$ 33.000	\$ 0	\$ 33.000

Total:

\$ 33.000

Cotización vigente hasta el día de hoy 01/09/2025. Los valores podrían ser modificados sin previo aviso, de acuerdo a cambios en los convenios y aranceles de Clínica Cruz Nacional.



Municipalidad de Conchali
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: EVELYN PEÑA PAZ

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.

CRUZ NACIONAL INDEPENDENCIA
Dirección: AV. INDEPENDENCIA 908
Fono: 56224125850
Email: contacto@cruznacional.cl

Convenio Referencia: PARTICULAR - CRUZ NACIONAL

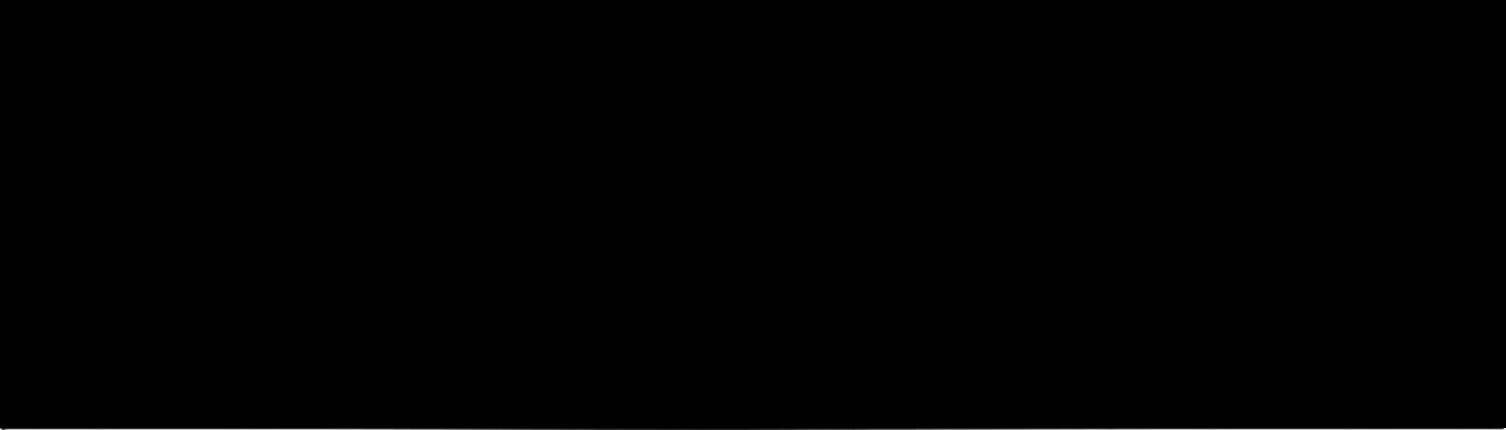
Detalle de prestaciones :

Descripción	Total Base	Descuento	Total 2	Bonificación	Total
OTRAS PRESTACIONES	\$ 41.250	\$ 8.250	\$ 33.000	\$ 0	\$ 33.000
ECOGRAFÍA TIROIDEA (ECOGRAFIAS - ECOGRAFIA)[IM-0404015]	\$ 41.250	\$ 8.250	\$ 33.000	\$ 0	\$ 33.000

Total:	\$ 33.000
--------	-----------

Cotización vigente hasta el día de hoy 01/09/2025. Los valores podrían ser modificados sin previo aviso, de acuerdo a cambios en los convenios y aranceles de Clínica Cruz Nacional.

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	311025	AYUDA ASISTENCIAL	(1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Ana Olmos



Municipalidad de Conchali

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: EVELYN PEÑA PAZ

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.

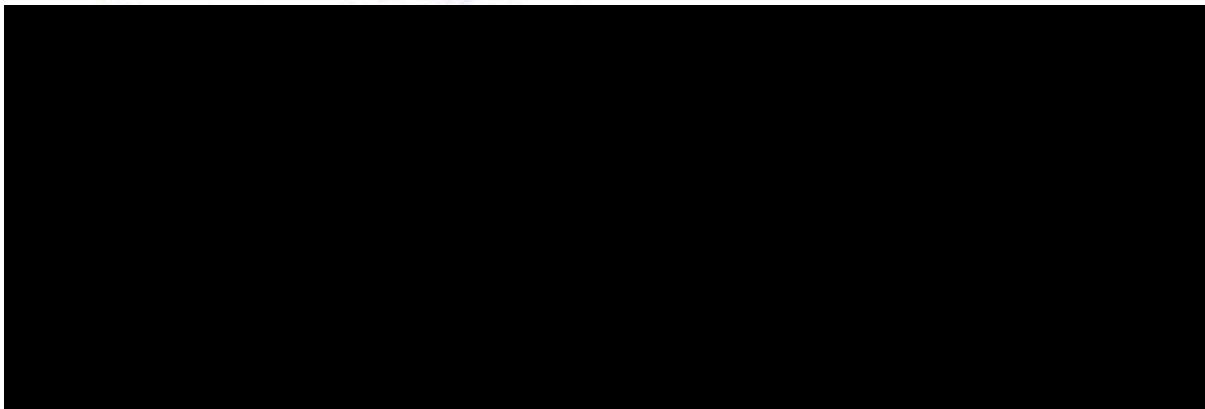
RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO




FIRMA BENEFICIARIO

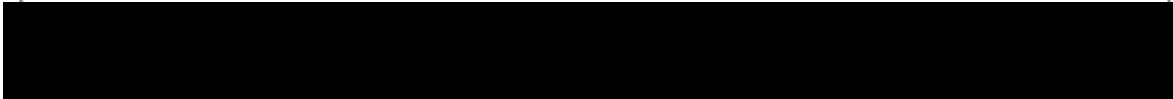

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

JORGE GIDI Y MARTA MENDEZ LIMITADA

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA
N ° 9790

RUT: 76.189.224-K
GIRO(S): SERVICIOS DE MEDICOS PRESTADOS DE FORMA
INDEPENDIENTE,
SERVICIOS MEDICOS
AVDA INDEPENDENCIA 1002 , INDEPENDENCIA
TELEFONO: 7351171

Fecha: 21 de Noviembre de 2025



Por atención profesional:	
DIFERENCIA DE PABELLON ENDOSCOPIA 1801001	36.500
Total Honorarios: \$:	36.500

Fecha / Hora Emisión: 21/11/2025 10:15



76189224097902CA42B7
Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004
Verifique este documento en www.sii.cl

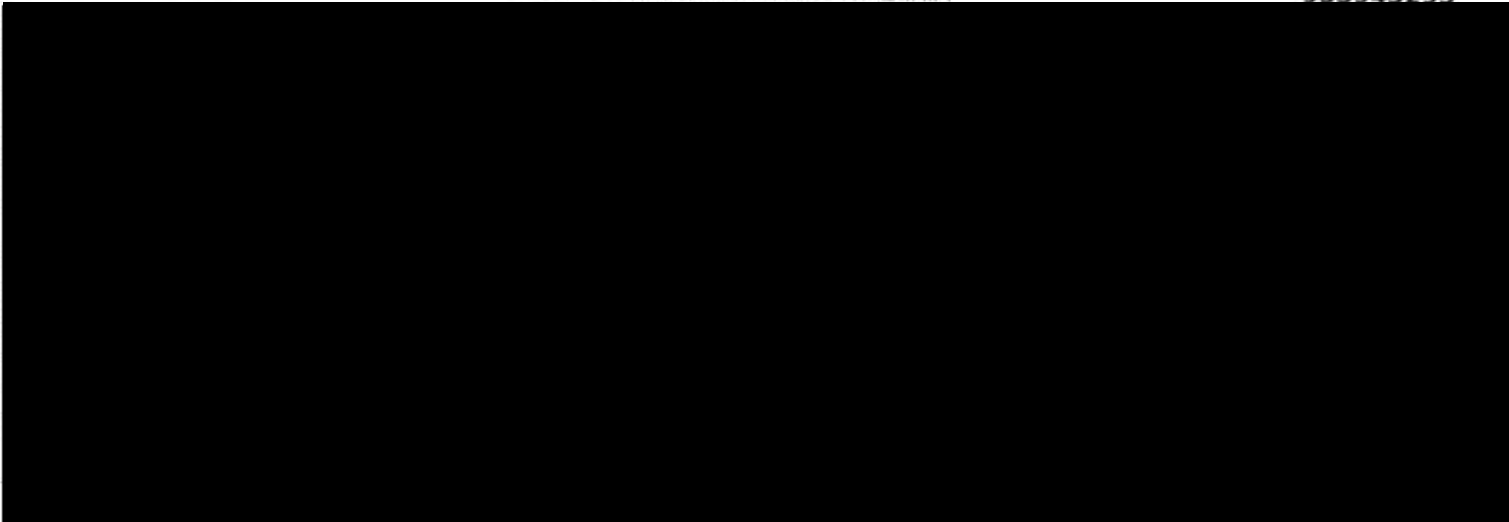
El contribuyente emisor de esta boleta debe declarar y enterar el PPM de Segunda Categoría correspondiente al porcentaje definido. 11202511211015

Fecha / Hora Impresión: 21/11/2025 10:15

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

953943293



A Pagar: \$ 25230

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

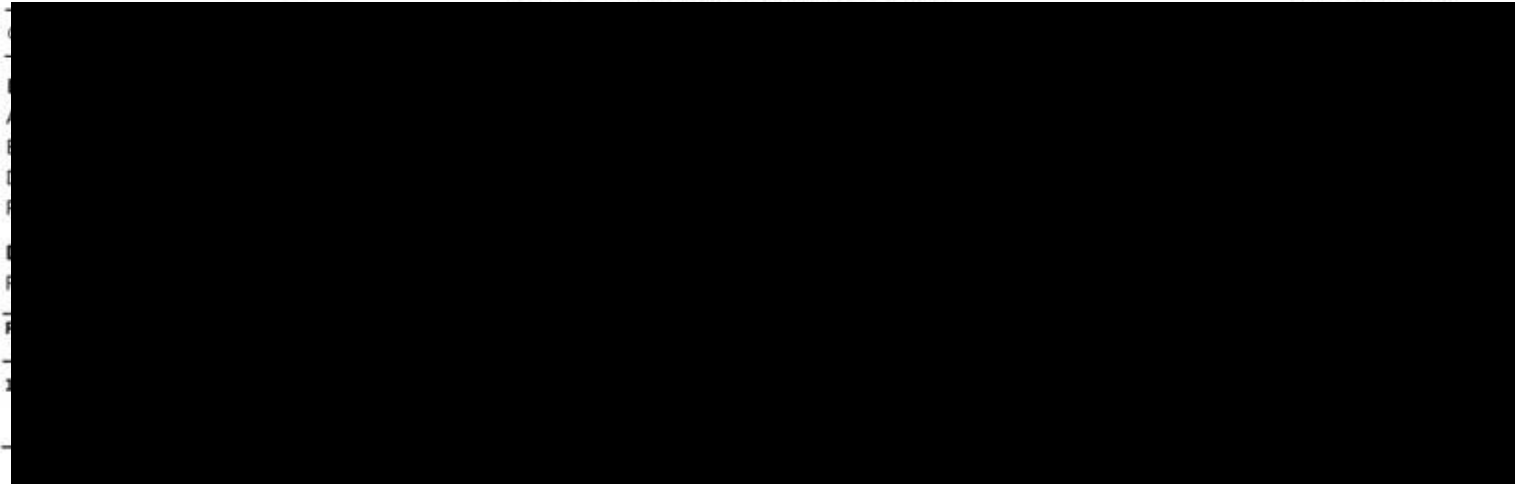
Emisor: 0011348685-6 | Derivado por: 0000000000-0

Firmado electrónica por BASAI CERON PAMELA JOHANNA | Auditoria BONO-N6LK-1L3U-PGYK

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

953943294



A Pagar: \$ 3270

Detalles otras bonificaciones*

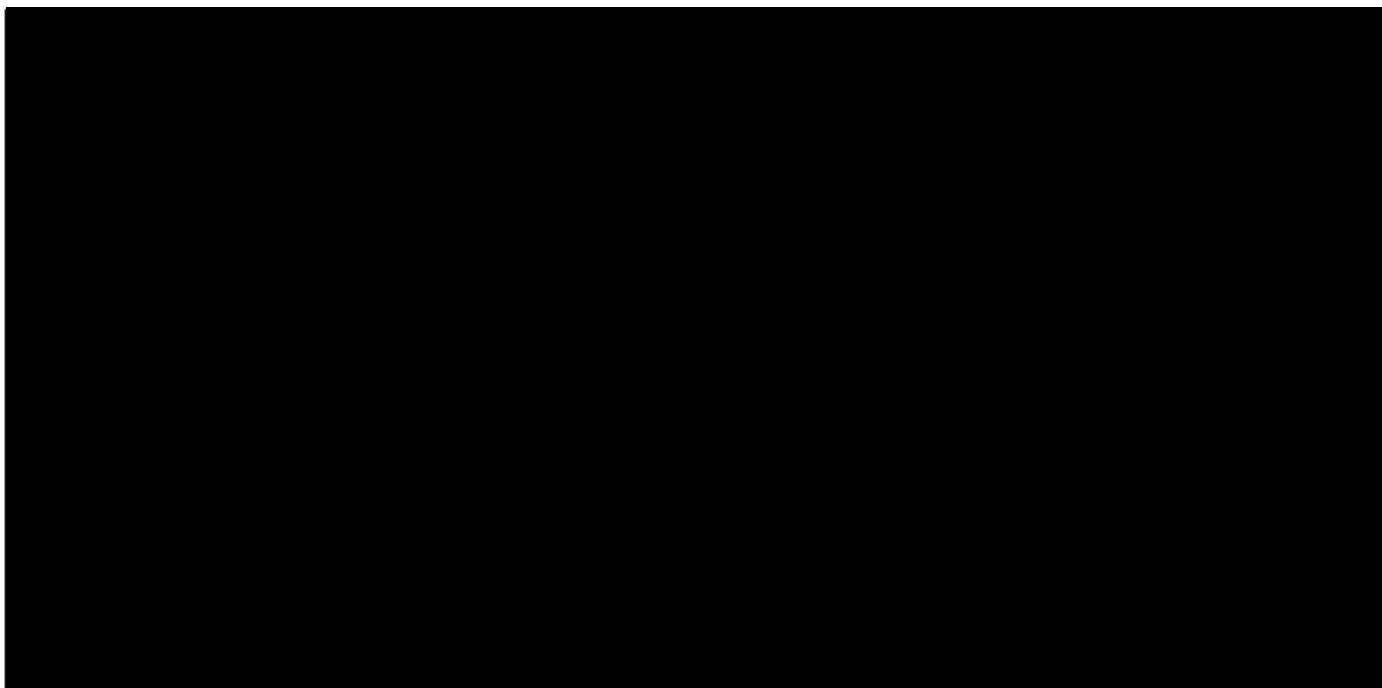
MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0011348685-6 | Derivado por: 0000000000-0

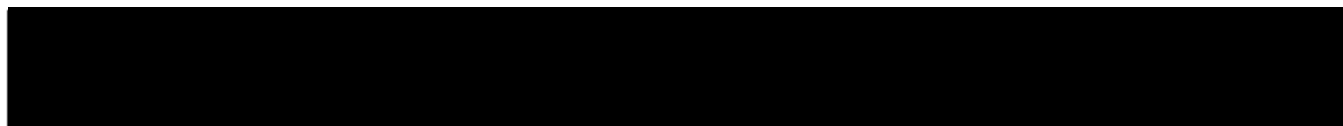
Firmado electrónica por BASAI CERON PAMELA JOHANNA | Auditoria BONO-N6LK-1L3U-PGYK

Conchalí, 10 de Septiembre de 2025

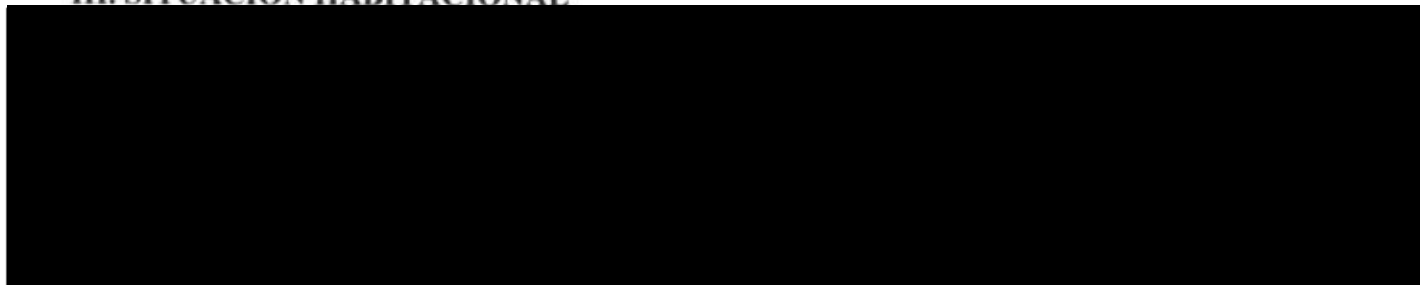
INFORME SOCIAL



II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR



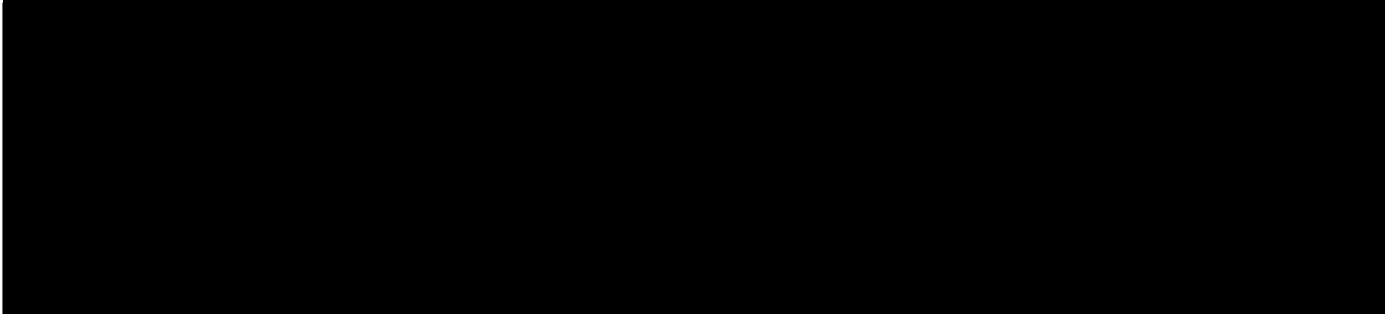
III. SITUACIÓN HABITACIONAL



IV. SITUACIÓN DE SALUD



V. SITUACIÓN ACTUAL Y ECONÓMICA



VI. OPINION PROFESIONAL

En virtud a los antecedentes expuestos y la necesidad que manifiesta de individualizada, la profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social la cobertura total o parcial del costo por solicitud de examen “**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON TEST DE UREASA**”, se adjunta orden médica y tres cotizaciones de acuerdo a programa asistencial.

Usuaría de escasos recursos, presenta registro social de hogares folio N° 52862858, ubicándose en tramo del 40%.

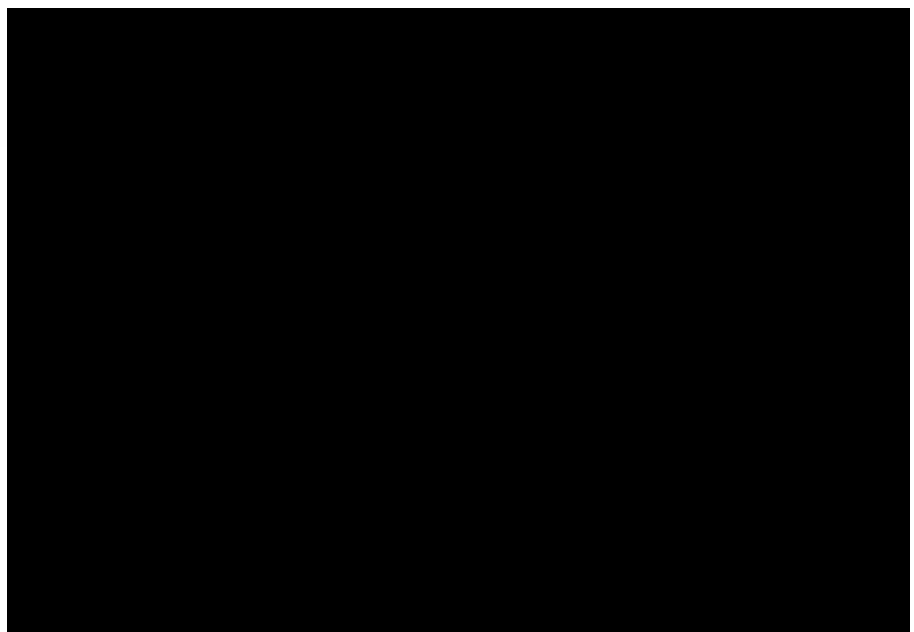
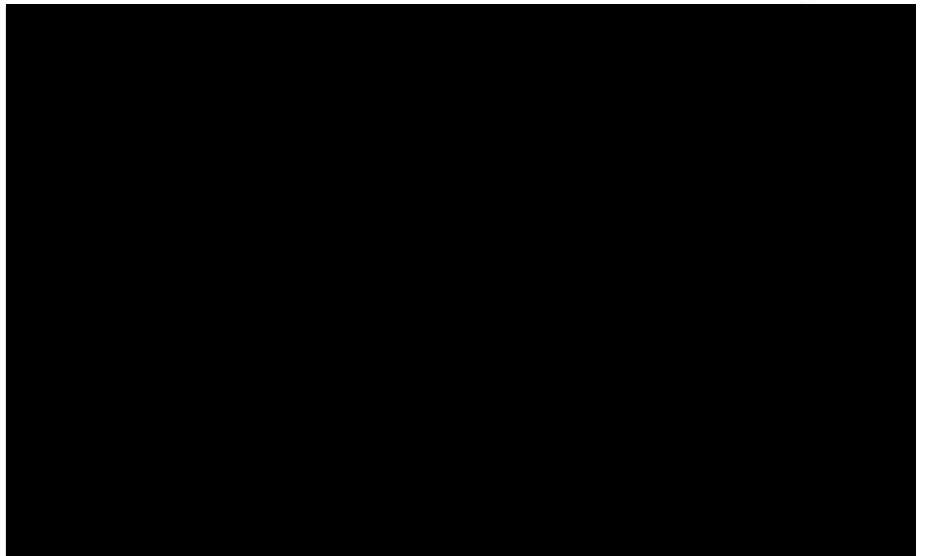
Es cuanto puedo informar, Atte.

N.P.

FERNANDA GUIJUELOS
Asistente Social
Municipalidad de Conchalí
D.A.S.



CA.



[Redacted content]

☐ Establecimiento educacional de alto costo

[Redacted content]

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 el 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.

Fecha Solicitud Día Mes Año
 3 9 2025

Nº de Orden: 7538245

1. Servicio de Salud	2. Establecimiento
S.S. Metropolitano Norte	Dr. Jose Symon Ojeda [CGU]

DATOS DE LA ORDEN DE ATENCIÓN

Se deriva para atención para: No Informado

¿ Programa de resolutiveidad ?

Tipo prueba diagnóstico solicitada: Prueba Endoscopia - Endoscopia

NO ☒ SI ☐

Pruebas diagnósticas solicitadas: Endoscopia Digestiva Alta con Test de Ureasa — Cód. Fonasa 1801001

Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: - (K30) DISPEPSIA; Diagnóstico Principal

¿ Sospecha problema de salud AUGÉ ? Especificar Problema

NO ☒ SI ☐

Prioridad: Normal

Fundamentos Clínicos:

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

SALGUEIRO

APAZA

GERALDINE KARINA

Primer apellido

Segundo apellido

Nombres

26813834K

RUN

Firma profesional

COTIZACIÓN

I MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Dpto. de Asistencia Social
PRESENTE

EXAMEN DE PROCEDIMIENTO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON TEST DE UREASA

\$ 480.000

Servicio al Cliente

IntegraMédica Norte

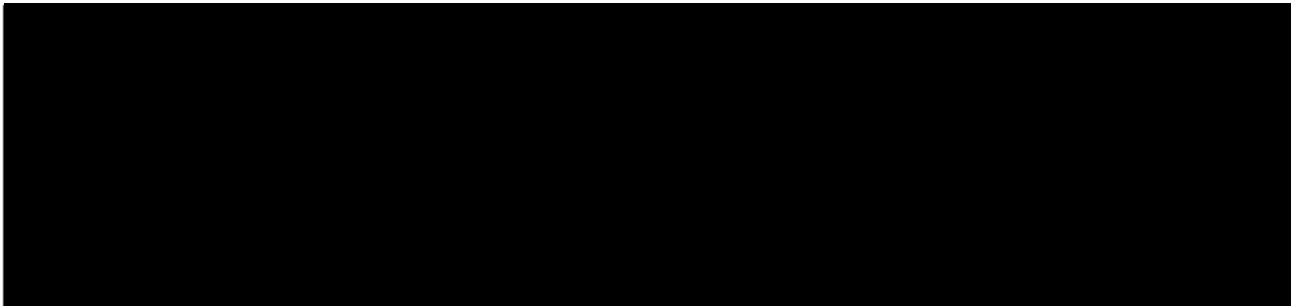
INTEGRAMEDICA S.A.
76.098.454-K

Santiago, 09 Septiembre 2025.-



REDSALUD
SOMOS CChC

PRESUPUESTO



- Endoscopia(1801001): \$ 105.900.-
- Test de Ureasa(1801037): \$7.190.-
- Biopsia (8001007-8001008): \$41.080
- Test Lactasa (Particular): \$ 49.990.-

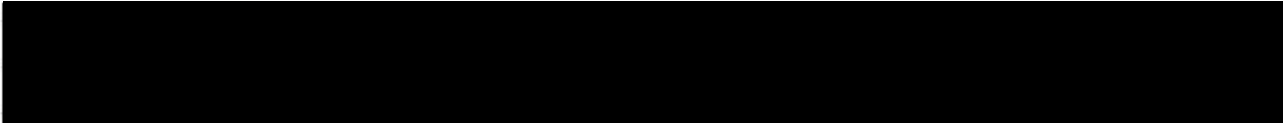
204.160

Redsalud Mall barrio independencia
96.942.400-2



PRESUPUESTO

CENTRO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS



DETALLE	CANTIDAD	VALOR
ENDOSCOPIA ALTA FONASA	1	65.000
TOTAL		65.000

EL VALOR INCLUYE:

- Endoscopia Digestiva Alta (Gastroduodenoscopia - incluye esofagoscopia) Anestesia Local y Sedación EV. Sala de procedimientos. Incluye test de Ureasa (para Helicobacter pylori) o similar
- VALOR NO INCLUYE BIOPSIA. Este examen tiene un valor de \$41.080y se toma solo al ver alguna lesión.

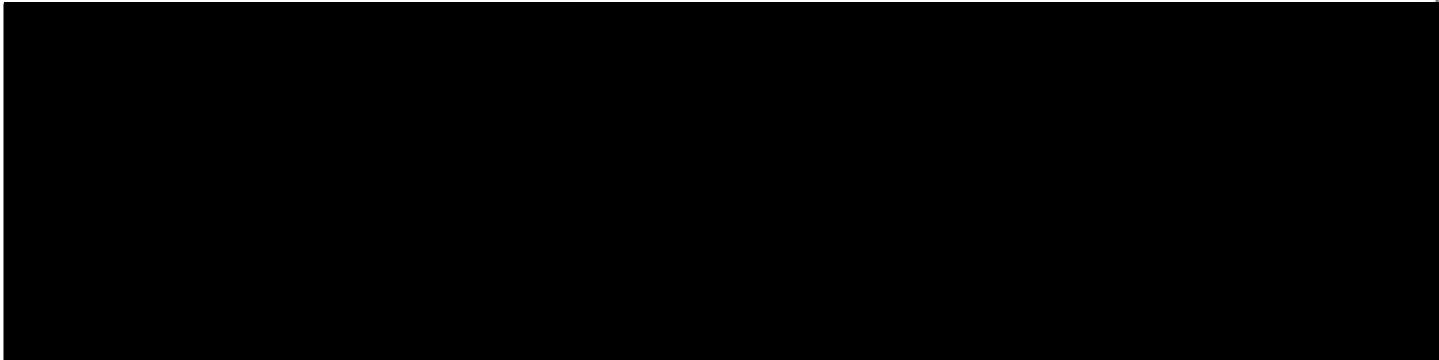
FORMAS DE PAGO:

- Valores netos. Se entrega Boleta Exenta.
- Cheques a Nombre de:
- JORGE GIDI MOBAREC Y CIA. LTDA.
- 78.378.800-4

OBSERVACIONES:

Tiempo de entrega de los exámenes: máximo 2 días hábiles, dependiendo del resultado del test de ureasa.
Todo examen que sea sospechoso de neoplasia se informa dentro de 24 hrs. máximo al servicio de salud correspondiente y/o hospital de precedencia según protocolo.
Tiempo de ejecución inmediato a coordinar con director técnico.
Llamar a los teléfonos para reservar la hora. La agenda se abre 2 días antes.
Para otras consultas comunicarse por teléfono o al correo contacto@sendoscopicos.cl

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim. Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
311470	INFORME SOCIAL	(D	2	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: *PEZUEBA CARATA*

FIRMA: *[Firma manuscrita]*

TIMBRE:

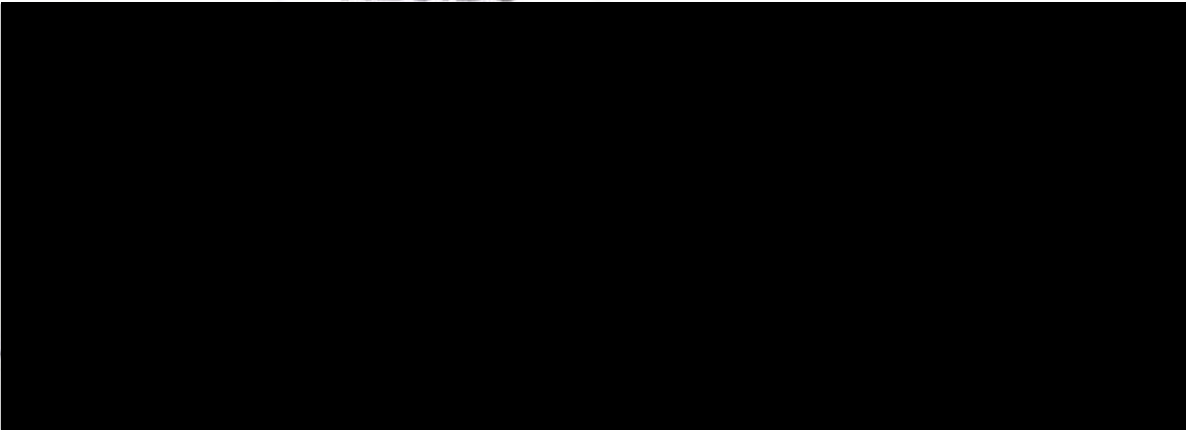


EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.



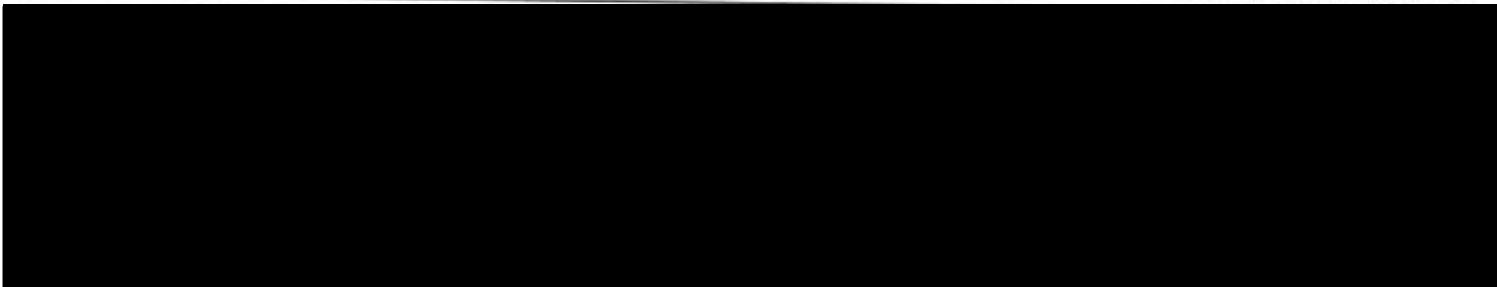
RECIBO

NOMBRE
DIRECCIÓN
C. IDENTIDAD
BENEFICIO




FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



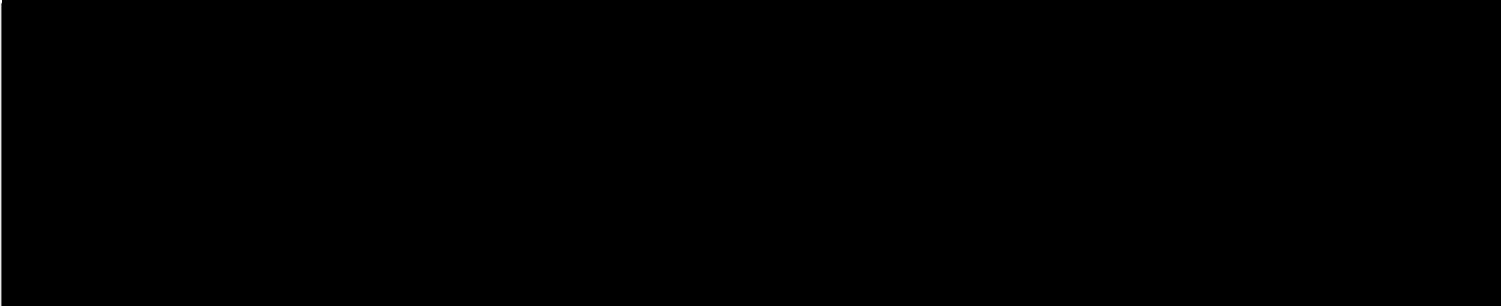
PRESTACION		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
1701045	1	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR	\$119.540	\$37.360	\$0
				\$82.180	
		Totales	\$119.540	\$37.360	\$0
				\$82.180	

A Pagar: \$ 82180

Detalles otras bonificaciones*
MEDIOS DE PAGO**
Emisor: 0013044704-K | Derivado por: 0096942400-2 dr



Firmado electrónica por SILVA QUINTANA PATRICIA GEORGINA | Auditoria BONO-N6LK-CE1R-12AB



		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
1701009	1	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL CONTINUO	\$39.280	\$12.280	\$0
				\$27.000	
		Totales	\$39.280	\$12.280	\$0
				\$27.000	

A Pagar: \$ 27000

Detalles otras bonificaciones*
MEDIOS DE PAGO**
Emisor: 0013044704-K | Derivado por: 0096942400-2 dr



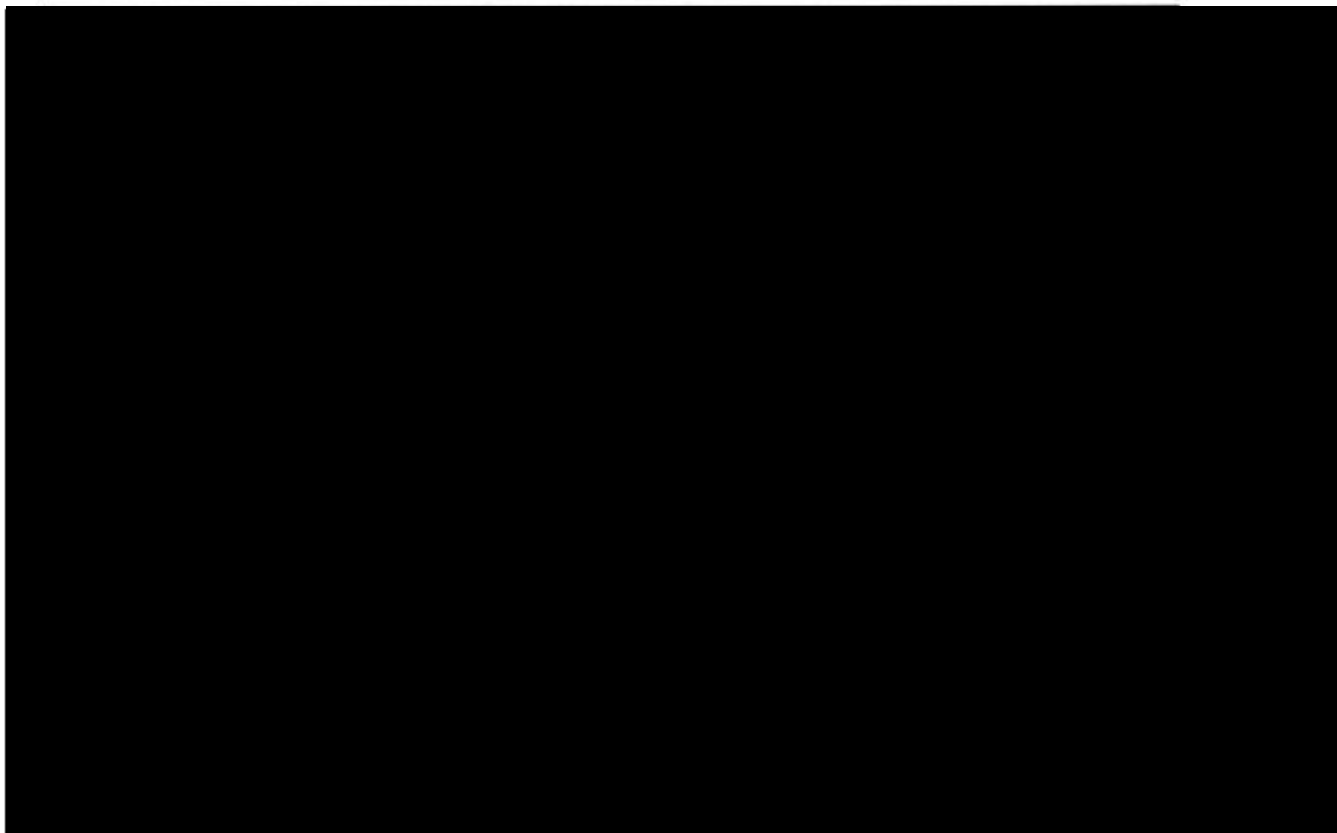
Firmado electrónica por SILVA QUINTANA PATRICIA GEORGINA | Auditoria BONO-N3LK-CE61-0XWV



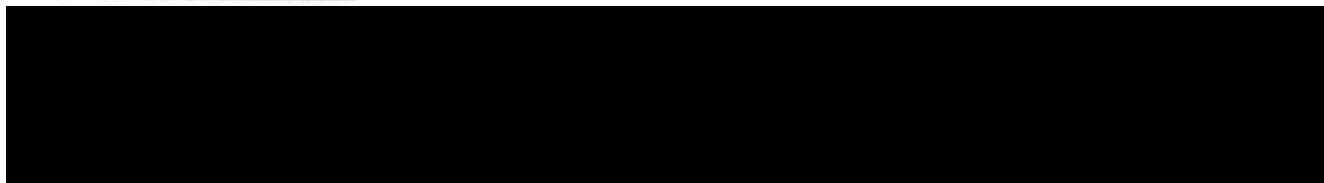
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 11 de septiembre 2025

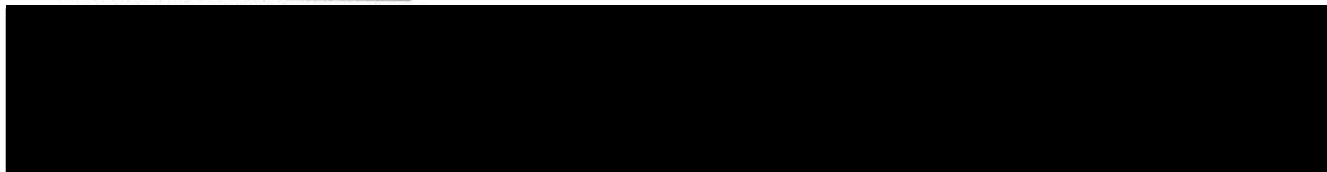
INFORME SOCIAL



3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL



5.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración a la necesidad manifiesta de la asistida, la profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social el pago de examen médico Ecocardiograma, Holter Presión Arterial y Electrocardiograma. Se adjunta cert. Médico, solicitud y cotizaciones.

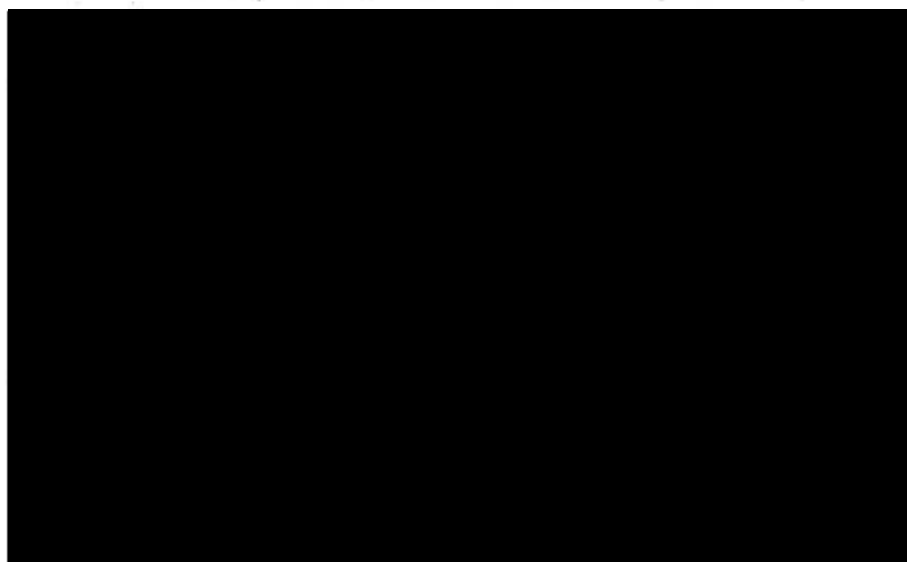
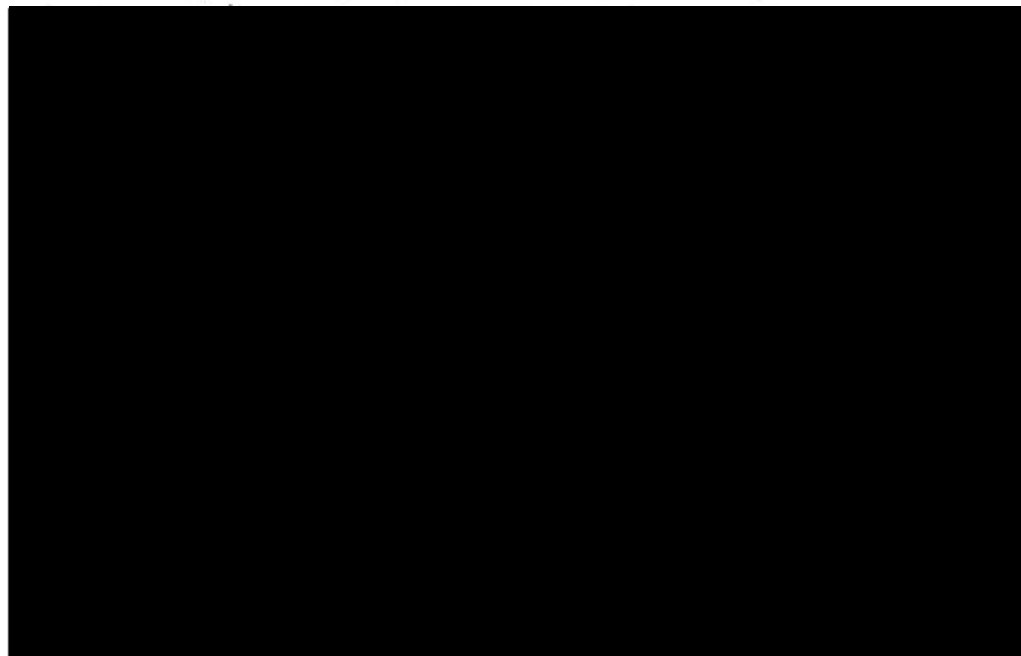
Presenta Registro Social de Hogares folio N° 50427580, ubicándose en tramo del 40%.

Es cuanto puedo informar, Atte.

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

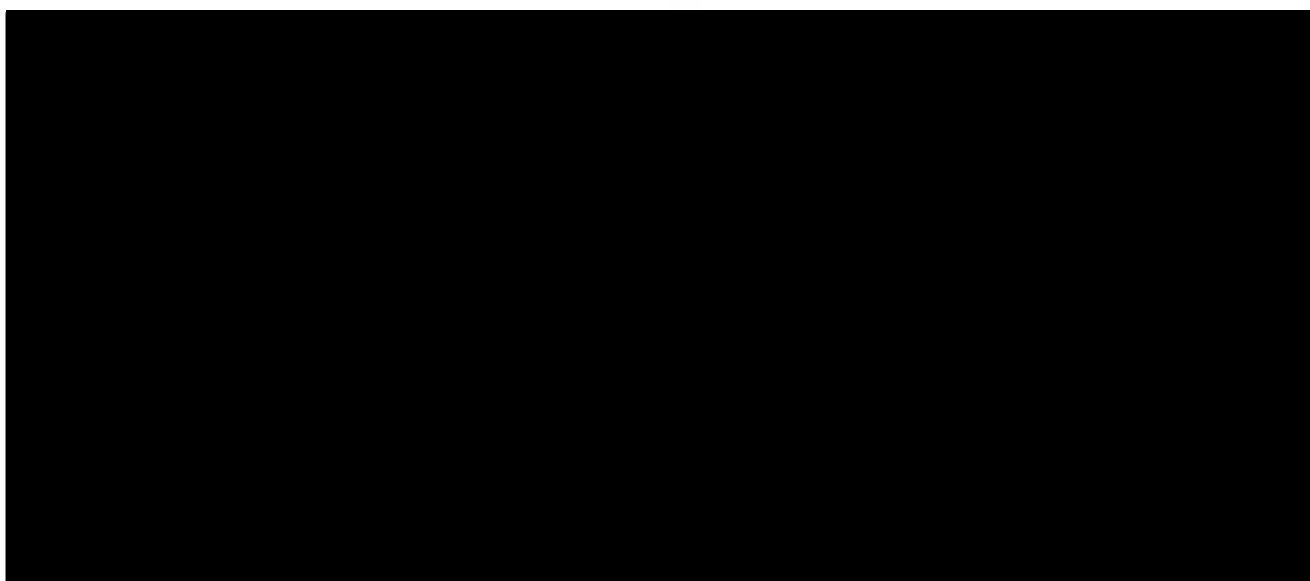


¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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.

Santiago, 20 de Agosto de 2025.

CERTIFICADO MÉDICO



Se extiende el siguiente certificado a solicitud del paciente para los fines que estime conveniente.

Atentamente,


Dr. José Ignacio Gómez Calderón
Médico Cirujano
C.R.: 18.665.013-1
R.C.: 18.665.013-1

Dr. José Ignacio Gómez Calderón
18.665.013-1
Médico Cirujano

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
CESFAM ALBERTO BACHELET
AVDA. EL GUANACO 3250, CONCHALÍ
TELÉFONO: 232444142
Página 1 de 1

Diagnóstico:

Hipertension esencial (primaria)

Prestaciones

1701045 X (1) ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR

Agenda tus
Exámenes

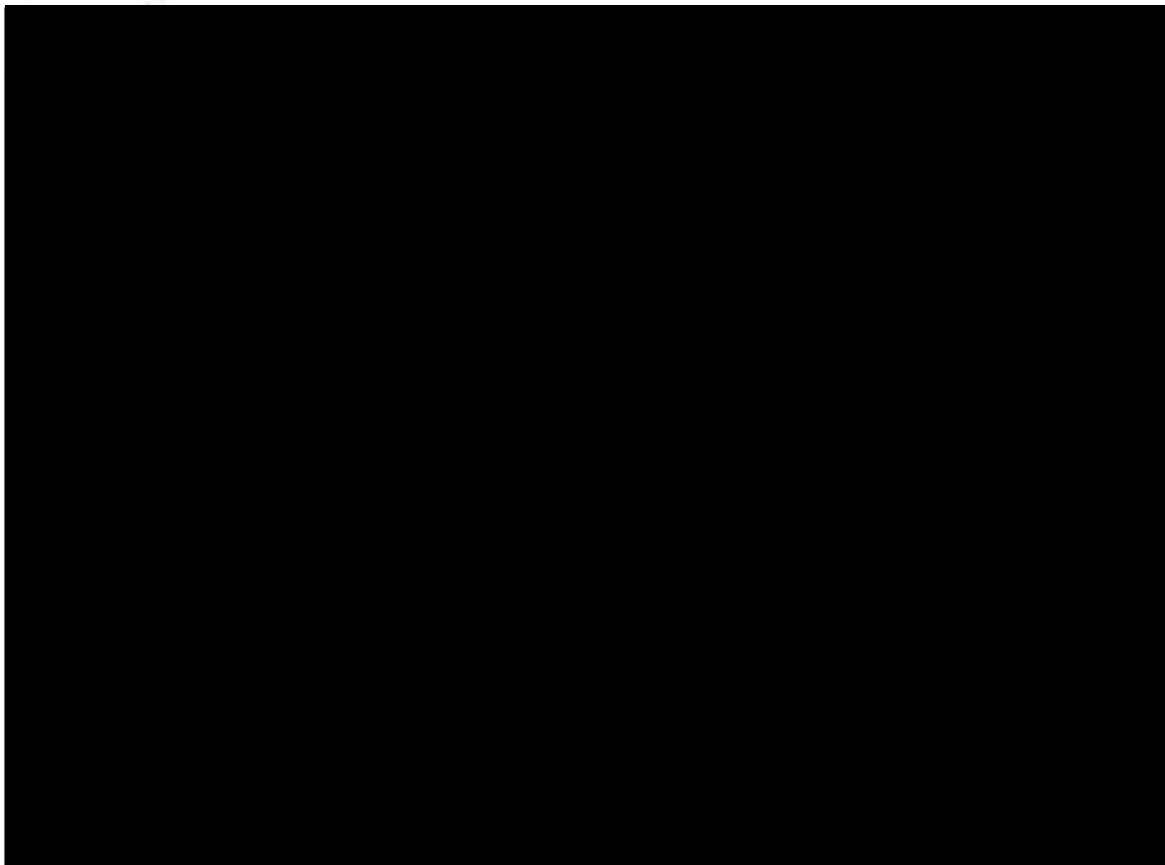


INTEGRAMEDICA
DR. OSCAR SALVADOR SIMARRA GARCIA
CARDIOLOGIA ADULTO
26702770-6

OSCAR SALVADOR SIMARRA GARCIA
RUT : 26702770-6
CARDIOLOGIA ADULTO

Valide tu documento aquí





Agenda tus
Exámenes



INTEGRAMEDICA
DR. OSCAR SALVADOR SIMARRA GARCIA
CARDIOLOGIA ADULTO
26702770-6

OSCAR SALVADOR SIMARRA GARCIA
RUT : 26702770-6
CARDIOLOGIA ADULTO

Valida tu documento aquí



Agenda tus
Exámenes



INTEGRAMEDICA
DR. OSCAR SALVADOR SIMARRA GARCIA
CARDIOLOGIA ADULTO
26702770-6

OSCAR SALVADOR SIMARRA GARCIA
RUT : 26702770-6
CARDIOLOGIA ADULTO

Valida tu documento aquí



Presupuesto AMBULATORIO

SUCURSAL: CLINICA DAVILA
N° DE PRESUPUESTO: 1012113



EXÁMENES

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	HABIL (\$)	INHABIL (\$)
17-01-001-00	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERI	1	11.980	11.980
17-01-009-00	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL CONTINUO	1	39.280	39.280
Emitir bono a nombre de: SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD RUT : 79980070-5				
TOTAL PARCIAL:		2	51.260	51.260
TOTAL EXÁMENES:		2	51.260	51.260

Cheques municipales deben venir emitidos a nombre de clínica Dávila
Rut 96.530.470-3

TOTAL PRESUPUESTO: 2 51.260 51.260

Presupuesto emitido por: MYRIAM EVA
Presupuesto válido por 30 días hasta: 02/10/2025

Indicaciones para el examen 17-01-001-00 E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERI

SIN PREPARACIÓN
LO REALIZA UN TECNICO PARAMEDICO

Indicaciones para el examen 17-01-009-00 MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL CONTINUO

HORARIO
SOLO SEREALIZA A MAYORES DE 8 AÑOS
DE LUNES A JUEVES DE 08:30 A 17:00, VIERNES DE 08:30 A 12:20.
TERCER PISO CENTRO MEDICO.
CON RESERVA DE HORA.
EL EQUIPO ES INSTALADO POR TECNICO PARAMEDICO E INFORMADO POR MEDICO CARDIOLOGO

INDICACIONES
NO REQUIERE AYUNO
NO USAR BODY NI CREMA EN TORAX ESE DIA
SE RECOMIENDA VENIR CON ROPA HOLGADA O ANCHA
NO SUSPENDER MEDICAMENTOS , SALVO QUE EL MEDICO LO INDIQUE
NO PUEDE CONDUCIR.

Clínica Dávila y
Servicios Médicos SPA
Rut: 96.530.470-3

Presupuesto AMBULATORIO

Cheques municipales deben venir emitidos a nombre de clínica Dávila Rut 96.530.470-3

TOTAL PRESUPUESTO: 2 126.172 126.172

Presupuesto emitido por: MYRIAM EVA
Presupuesto válido por 30 días hasta: 02/10/2025

Indicaciones para el examen 17-01-045-00 ECO BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR

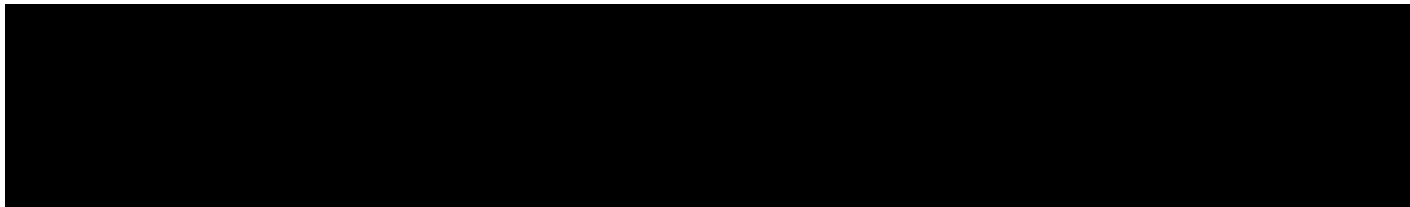
HORARIO
DE LUNES A VIERNES DE 08:30 A 17:00 SABADO DE 09:00 A 11:00.
TERCER PISO CENTRO MEDICO.
CON RESERVA DE HORA.
EL EXAMEN ES REALIZADO POR CARDIOLOGO ADULTOS (DESDE LOS 15 AÑOS)

INDICACIONES
NO REQUIERE AYUNO

NO SUSPENDER MEDICAMENTOS , A MENOS QUE SU MEDICO SE LO INDIQUE
DEBE TRAER EXAMENES ANTERIORES ECG Y ECOCARDIOGRAMAS, SI TIENE

COTIZACIÓN

I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
Presente



Holter PA	\$ 27.000,-
Ecocardiograma Doppler	\$ 82.180,-
Electrocardiograma	\$ 8.230,-
Total cotización	\$ 117.410,-

Servicio al Cliente
Integramédica
Norte

Santiago, 08 de Agosto 2025

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to a representative of Integramedica.

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



PRESUPUESTO

En santiago, a 25 de Agosto ,R.U.T: 6.620.099-0 a solicitud, adjunto presupuesto de y su cotización del año 2025, fonasa B:

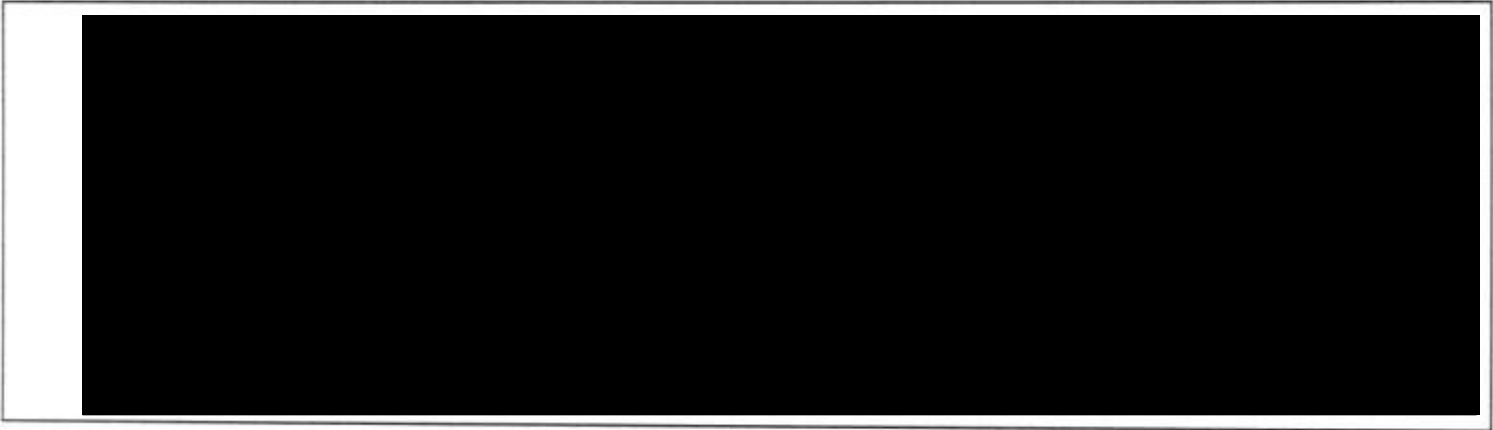
Ecocardiograma	\$82.180
Holter Presion Arterial	\$27.000
Electrocardiograma	\$8.230



Redsalud Mall barrio independencia
96.942.400-2

Presupuesto que se extiende para ser presentado en la Ilustre
Municipalidad de Conchali.

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim. Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
311563	INFORME SOCIAL	(D 1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Rocio Trejo



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: FELIXE ZAPATA

FIRMA:

TIMBRE:



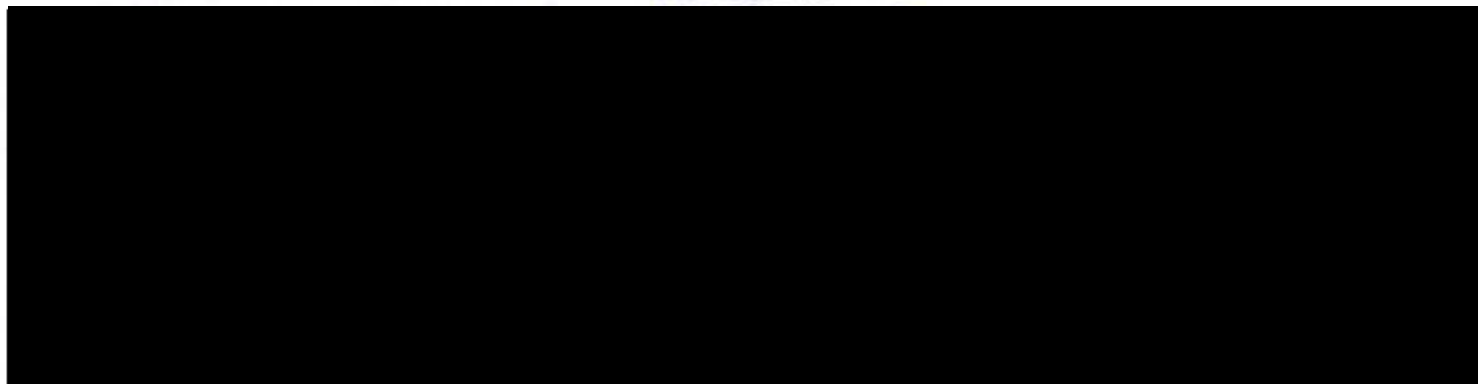
EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.



CONCHALÍ

26	11	25
----	----	----

RECIBO



x Glady
FIRMA BENEFICIARIO

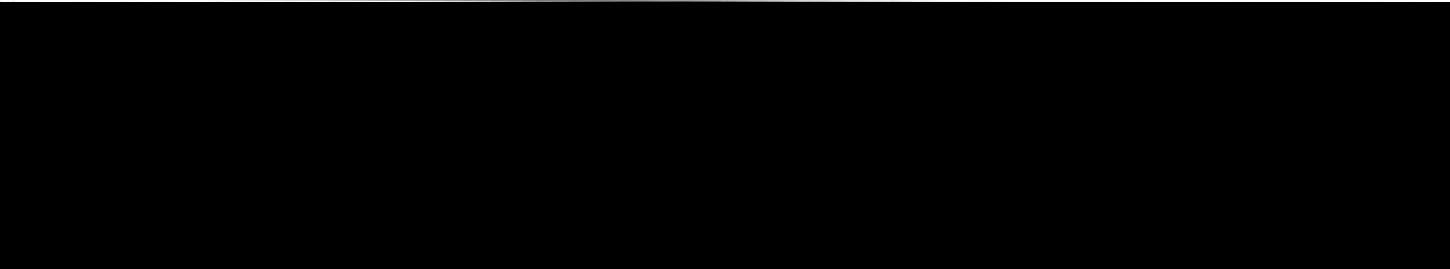

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

954513243

Convenio: 15021 - LABOCENTER (Infante) Fecha Emisión: 2025-11-26 Hora: 10:02:09 VALIDO SOLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN



PRESTACION		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0403008	1 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL	\$113.200	\$43.540	\$0	\$69.660
0403001	1 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CRANEO ENCEFALICA	\$89.050	\$34.250	\$0	\$54.800
Totales		\$202.250	\$77.790	\$0	\$124.460

A Pagar: \$ 124460

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0007662663-4 | Derivado por: 0000000001-9 dr

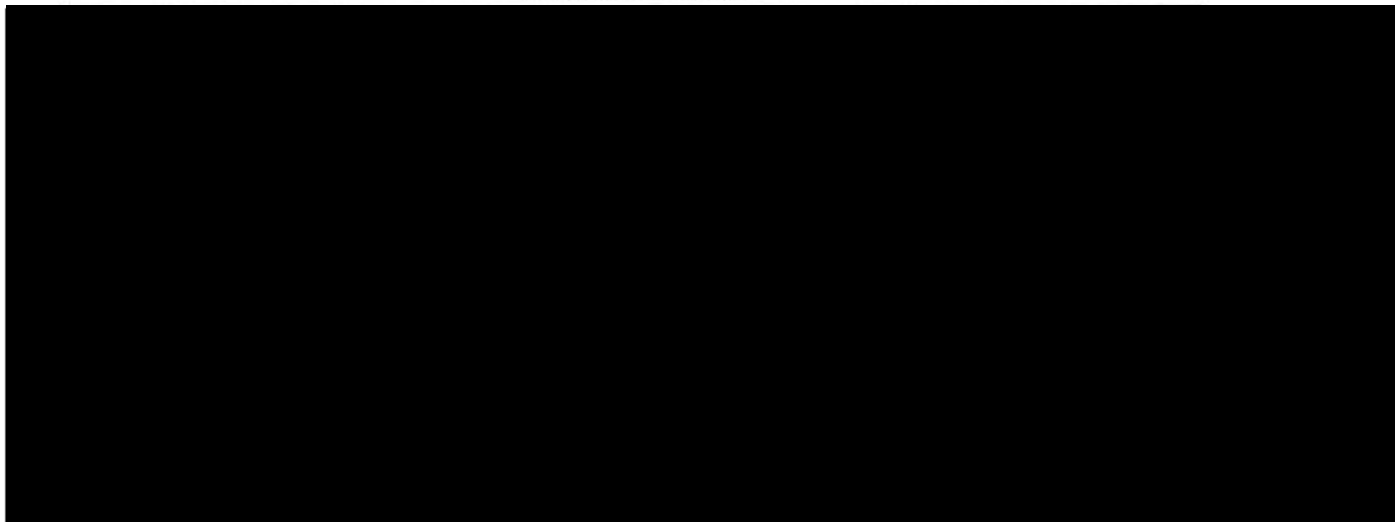
Firmado electrónica por IBARRA PINA GLADYS DEL CARMEN | Auditoria BONO-NILK-EXKH-RU85



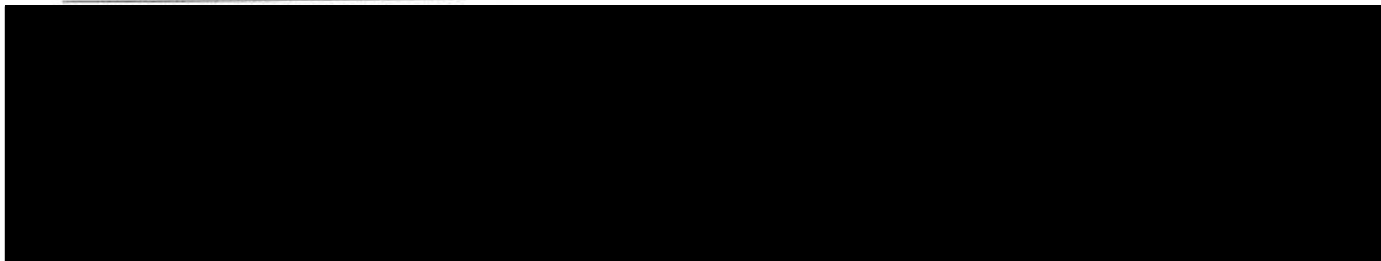
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 09/09/ 2025

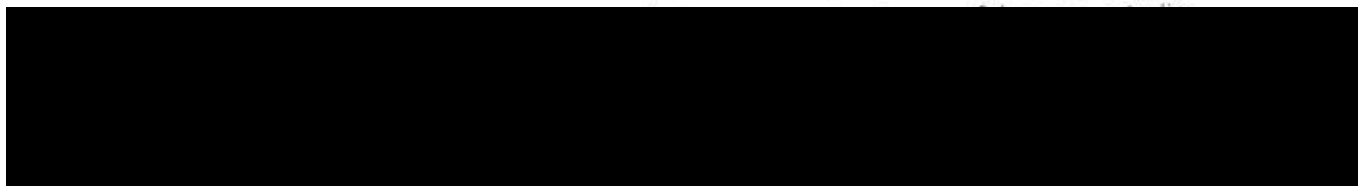
INFORME SOCIAL



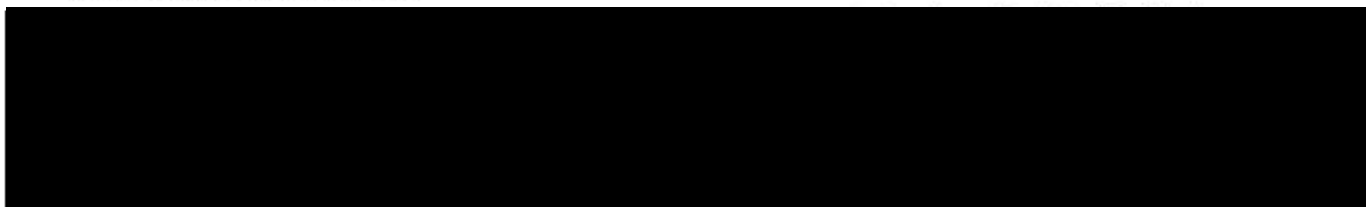
2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

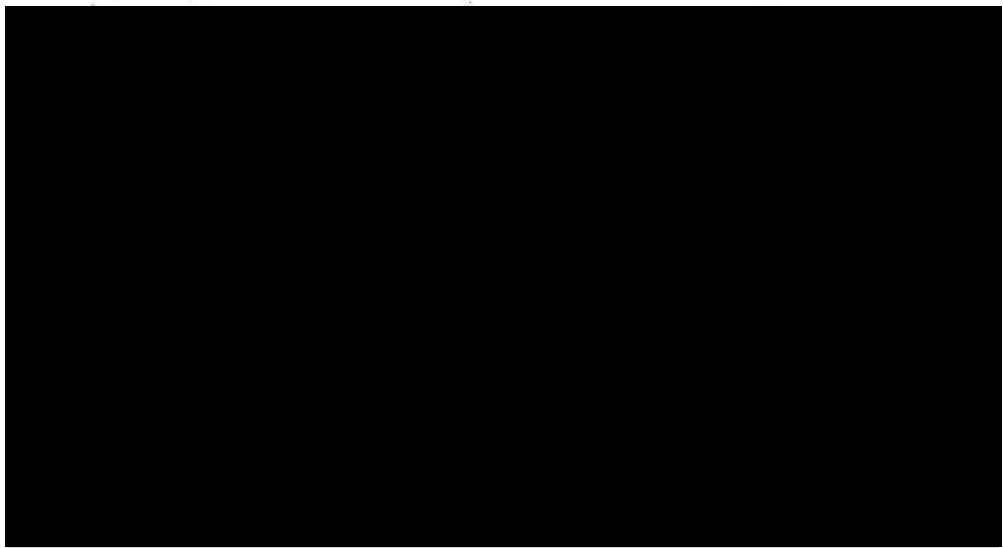
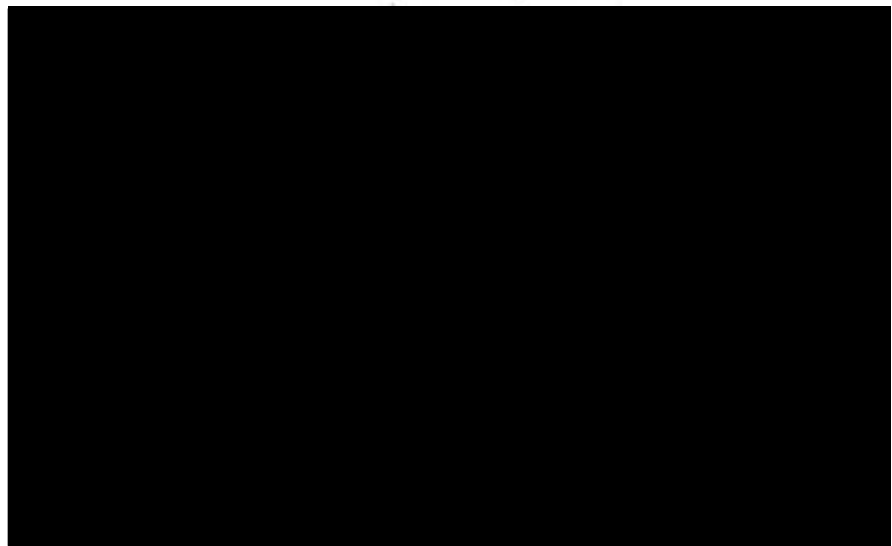


3.- SITUACIÓN DE SALUD

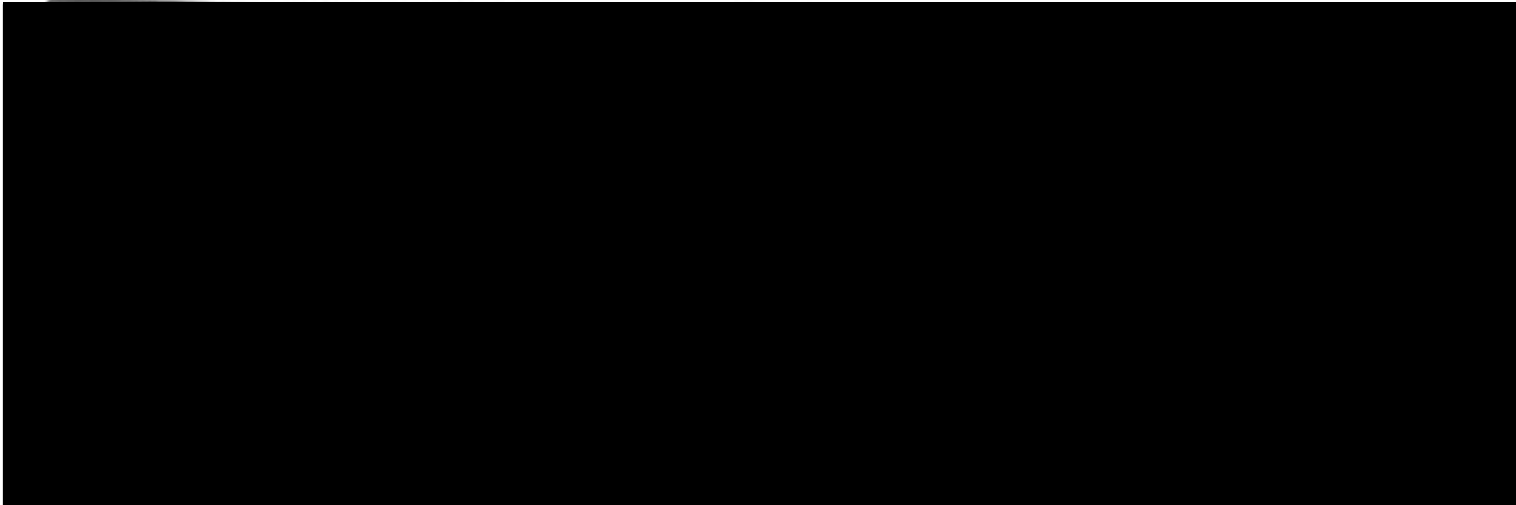
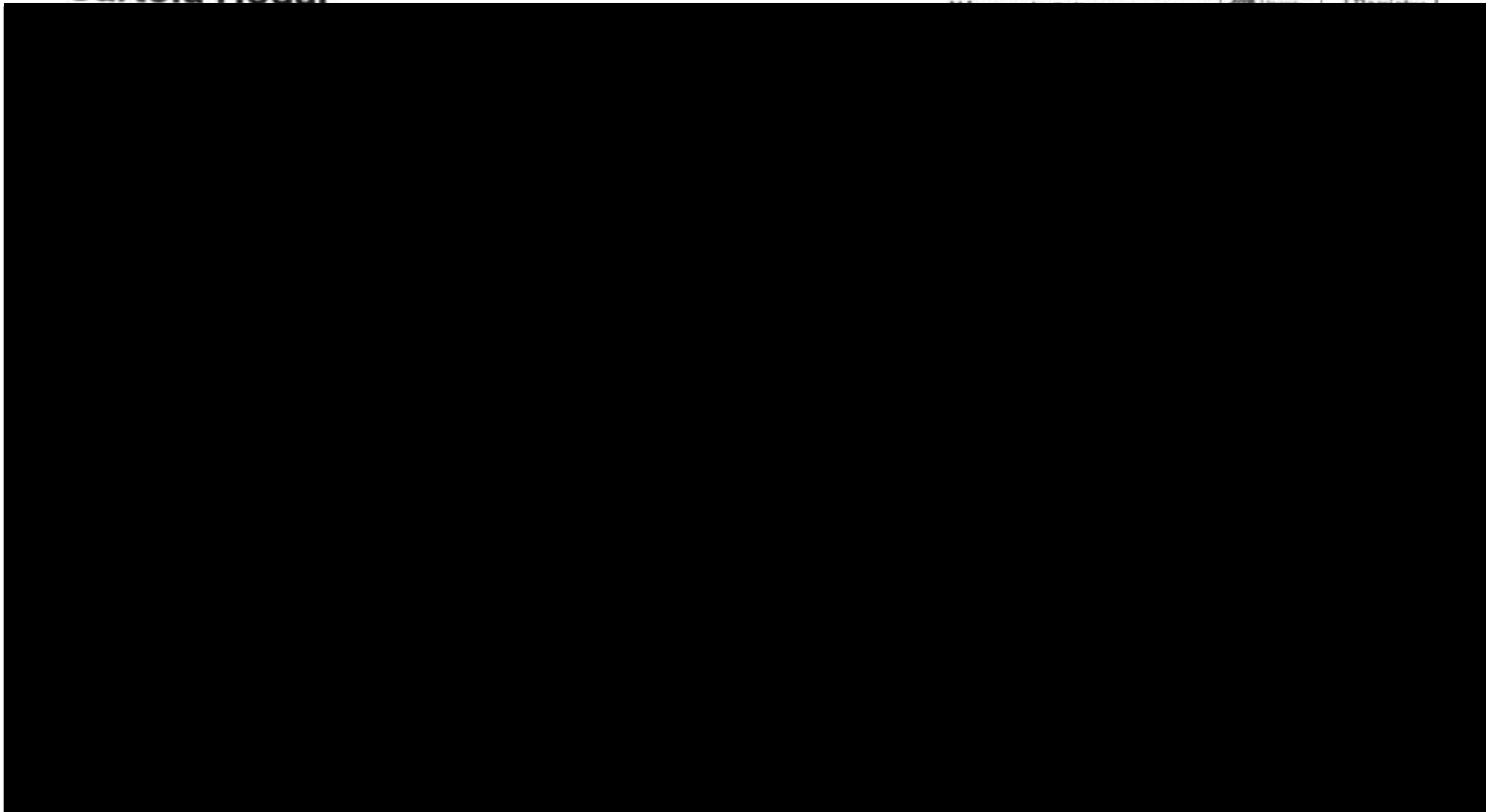


4.-SITUACIÓN HABITACIONAL





Cartola Hogar



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

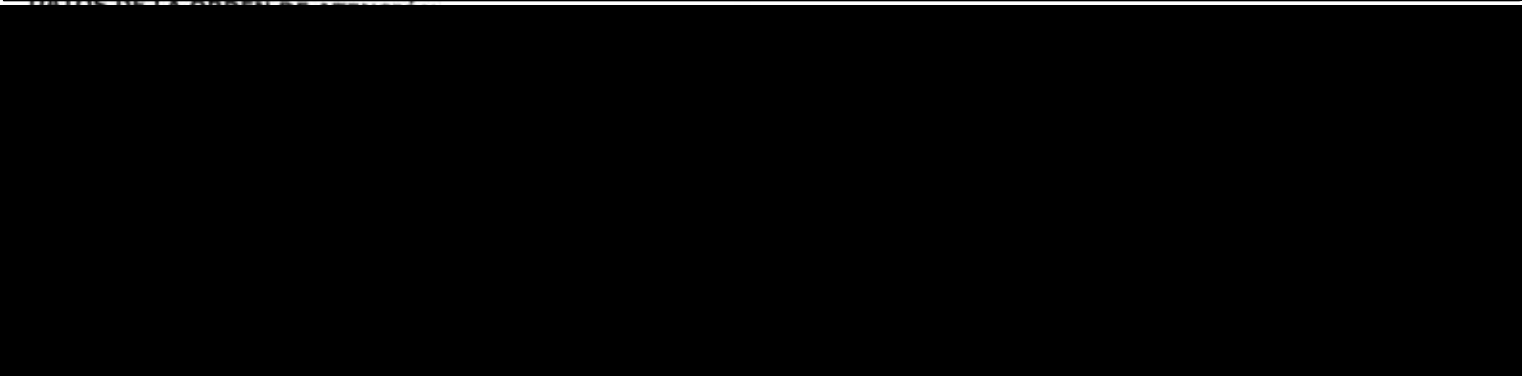
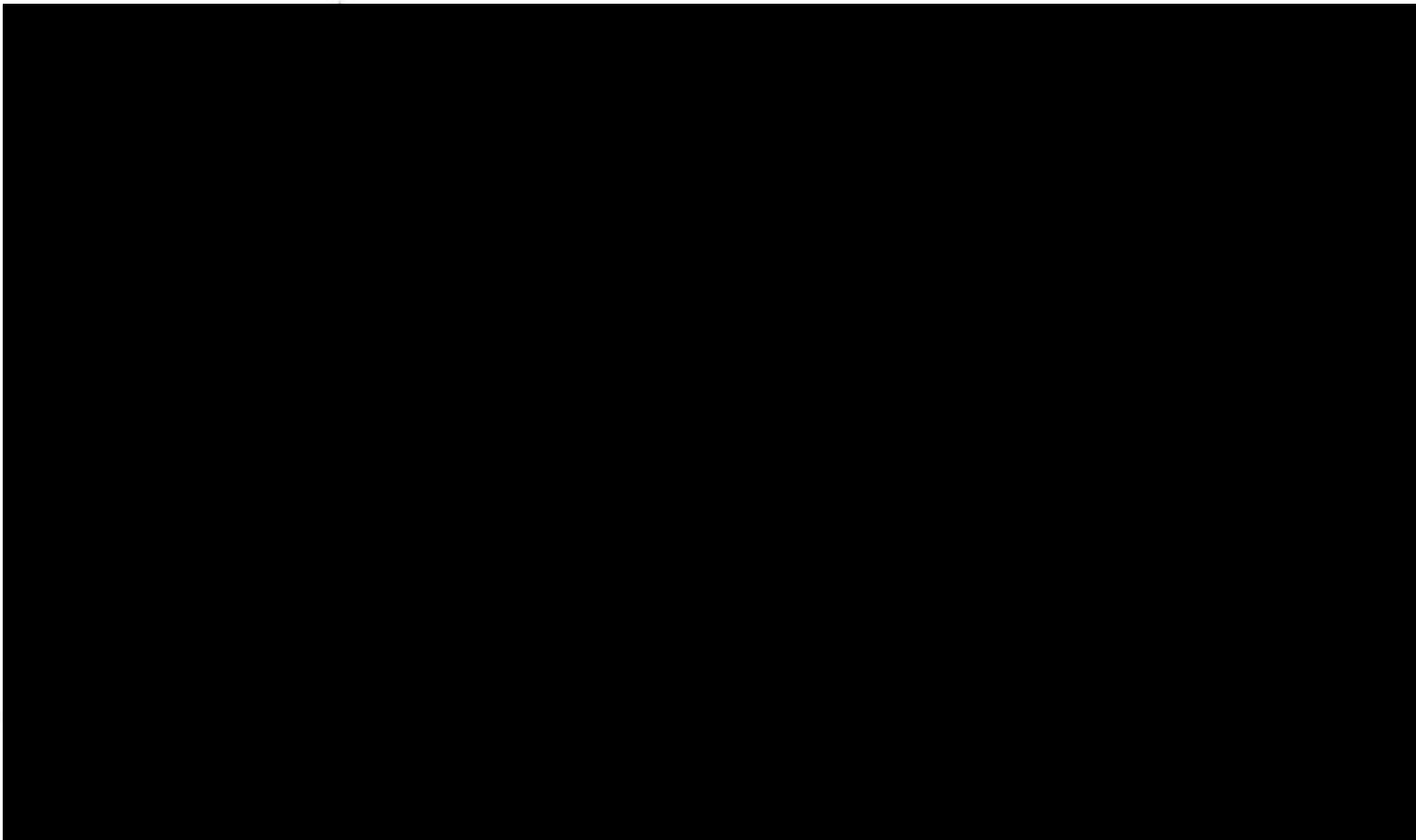


¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

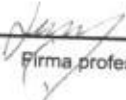
Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

MINISTERIO DE SALUD
S.S. Metropolitano Norte
Dr. Lucas Sierra [CGU]

ORDEN DE ATENCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS



Fundamentos Clínicos:	DOLOR CERVICAL	
DATOS DEL (LA) PROFESIONAL		
CUELLAR	MERUVIA	NANCY
Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
146411827		
RUN		


Firma profesional
Dra. Nancy Cuellar M.
RUT: 14.641.182-7
Médico Familiar



Santiago, 02 de septiembre de 2025

SRES: CESFAM DR LUCAS SIERRA

<i>EXAMENES</i>	
<i>TAC DE COLUMNA CERVICAL</i>	<i>\$ 43.540</i>
<i>TAC DE CEREBRO SIMPLE</i>	<i>\$ 34.250</i>
<i>TOTAL</i>	<i>\$ 77.790</i>

SE RECIBE PAGO EN EFECTIVO, CHEQUE AL DIA O TRANSFERENCIA.

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

Saluda atentamente,

JARA E IBACACHE Y CIA LTDA
77.309.800-K

Monjitas 743 Teléfono para solicitar hora 226329675 – 226641191

Presupuesto

CODIGO	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD	COPAGO	PARTICULAR
0403001-01	TC CEREBRO_TAC	1	34.250	68.500
0403008-01	TC_COLUMNNA_CERVICAL__TAC	1	43.540	87.080
		Totales:	\$77.790	\$155.580

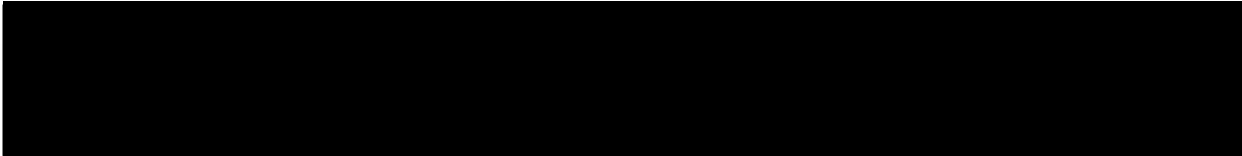
Lebocenter.cl



Mesa central 22 510 4300
www.maiposalud.cl

La Cisterna, septiembre 2025.

COTIZACIÓN



CÓDIGO FONASA	PRESTACIÓN	Valor Fonasa Nivel 1 (tramos B, C y D)	VALOR PARTICULAR	PRECIO CONTRASTE	PREPARACIÓN
403008	TAC COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE	\$43.540	\$87.480		6 HORAS DE AYUNO CON MC

CÓDIGO FONASA	PRESTACIÓN	Valor Fonasa Nivel 1 (tramos B, C y D)	VALOR PARTICULAR	PRECIO CONTRASTE	PREPARACIÓN
403001	TAC DE CRANEO SIN CONTRASTE	\$34.250	\$68.980		6 HORAS DE AYUNO CON MC

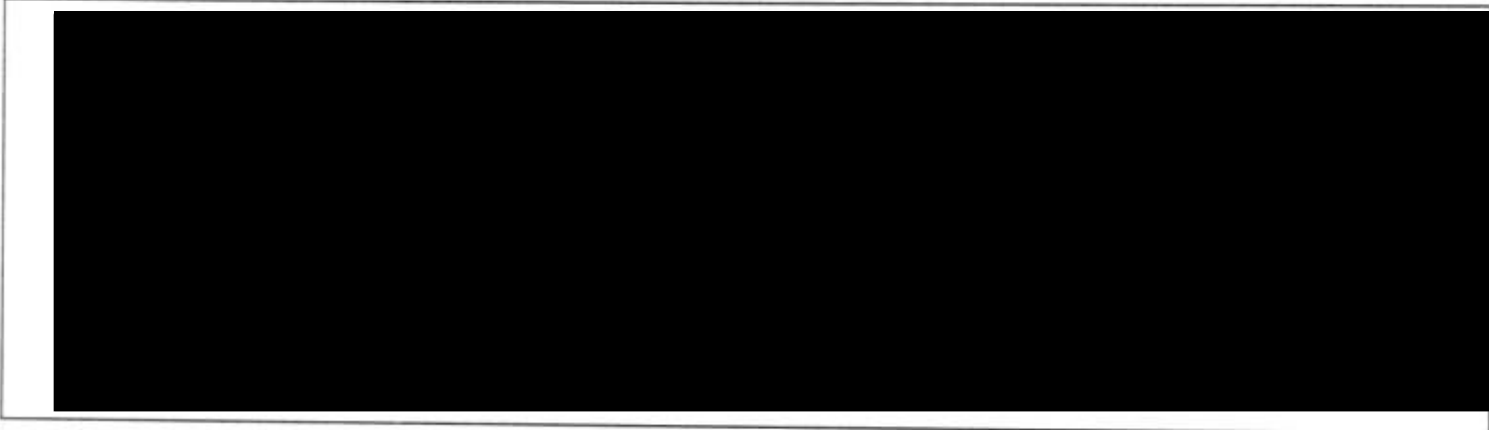
MONTO FONASA (B-C-D) : \$77.790

, para ser presentada donde estime conveniente.

Atte.

Maiposalud Limitada
76.089.550-4

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim. Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
311422	INFORME SOCIAL	(D 1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Rocio Trejo



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: *FELINE LANATA*

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.



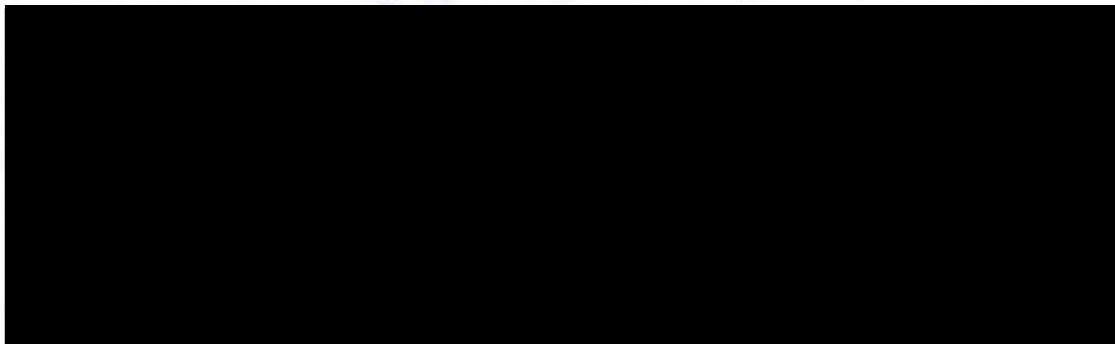
RECIBO

NOMBRE


DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO



(PROGRAMA ASISTENCIAL)

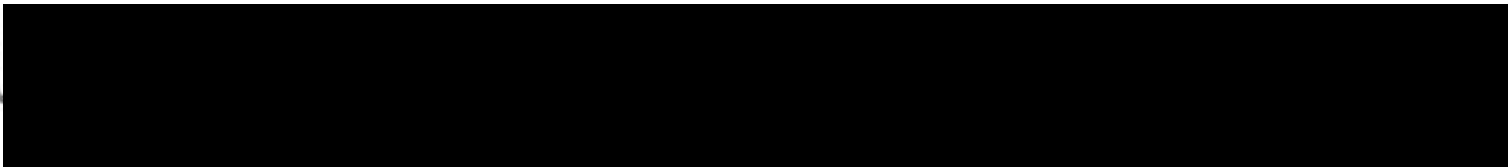

FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

954796653



Prestación		Código		Cant.		Valor	
1101010	ELECTROMIOGRAFIAS CUALQUIER REGION, POR	N	2	50.940	15.920	35.020	
1101012	Velocidad de conducción nerviosa (incluy	N	2	41.640	13.020	28.620	
TOTALES				92.580	28.940	63.640	

Saldo copago del Beneficiario : 63.640

PROFESIONAL / INSTITUCION : 79.980.070-5

Servicios Integrados de Salud Ltda

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 19.341.506-7 HORA : 09:16 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

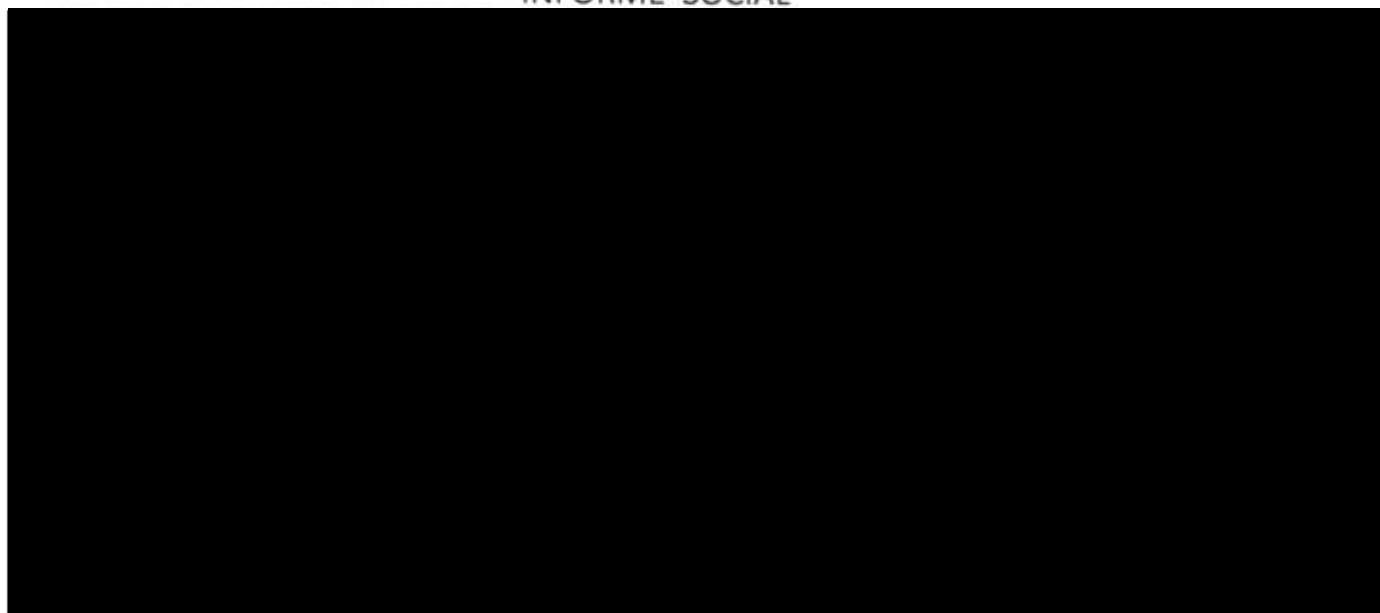




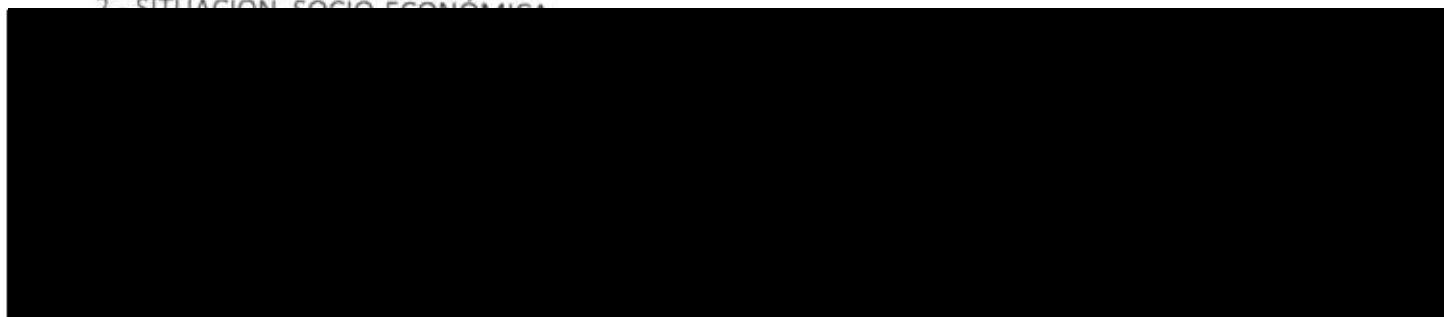
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 25/08/2025

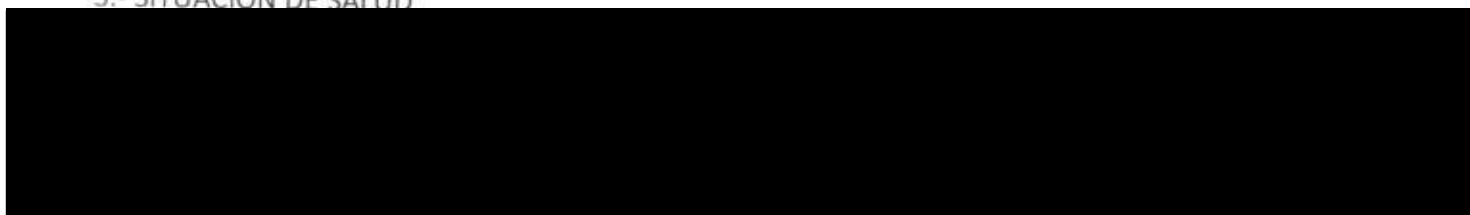
INFORME SOCIAL



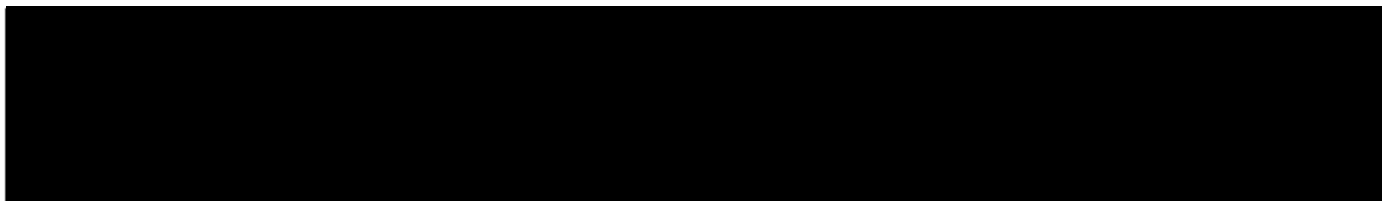
2.- SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA



3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL



5.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración a la necesidad manifiesta referida, además de los antecedentes de salud, la profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social el financiamiento del siguiente examen:

- Electromiografías

Se adjuntan orden médica y cotizaciones.

Persona de escasos recursos, presenta Registro Social de Hogares folio N° 41864670, ubicándose en tramo del 40%.

Es cuanto puedo informar, Atte.

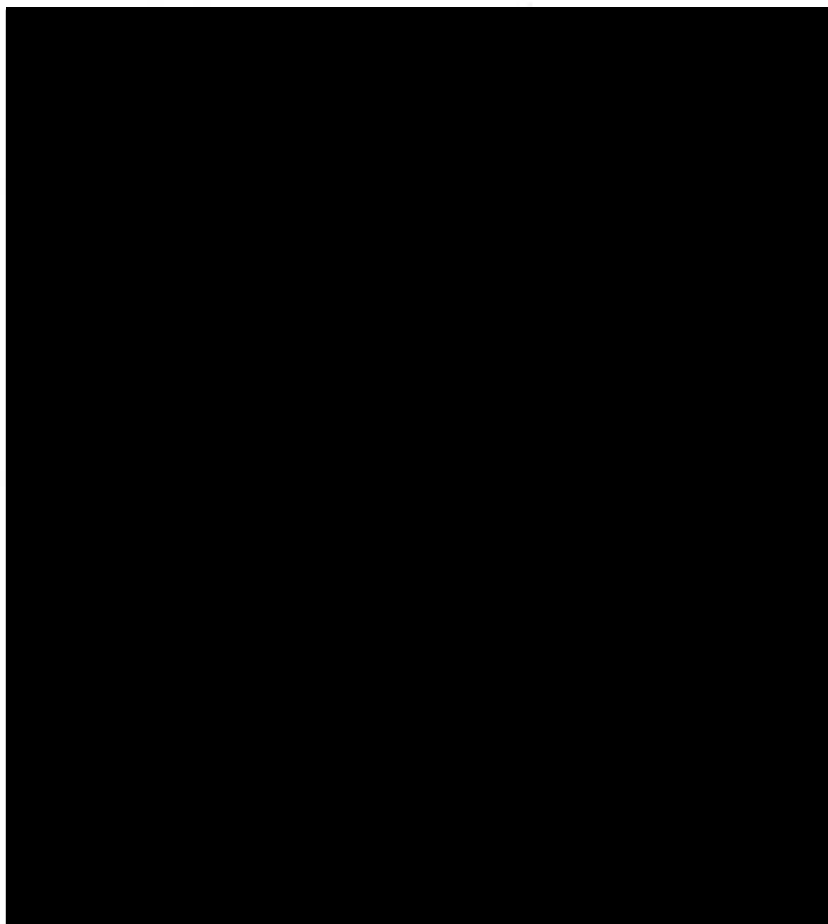


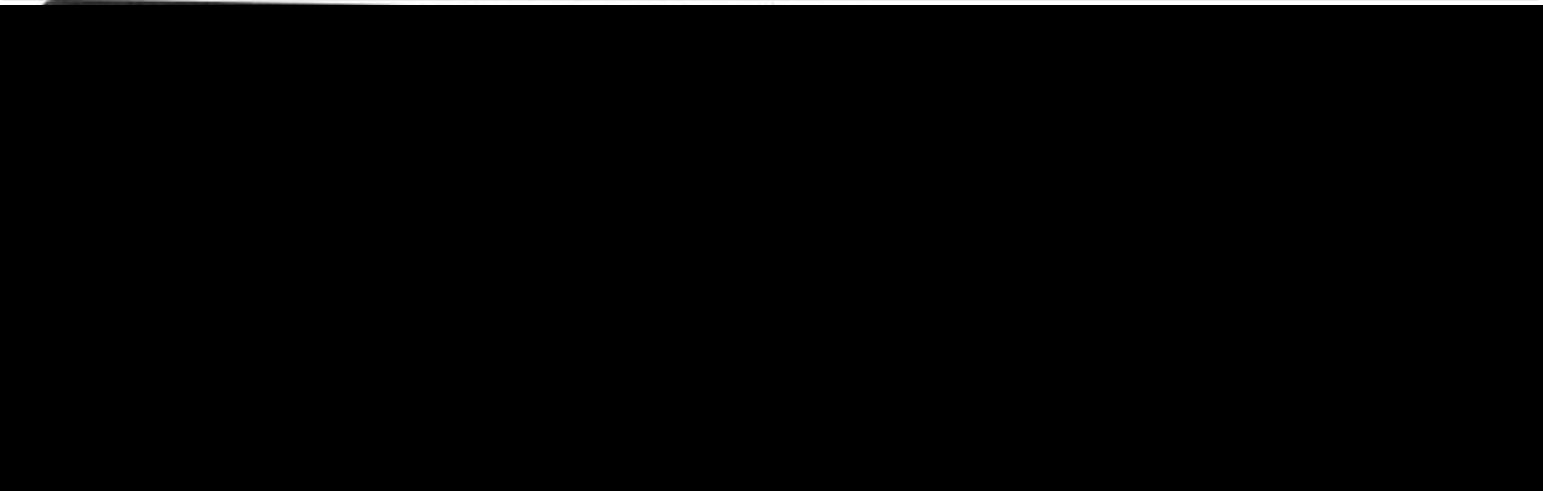
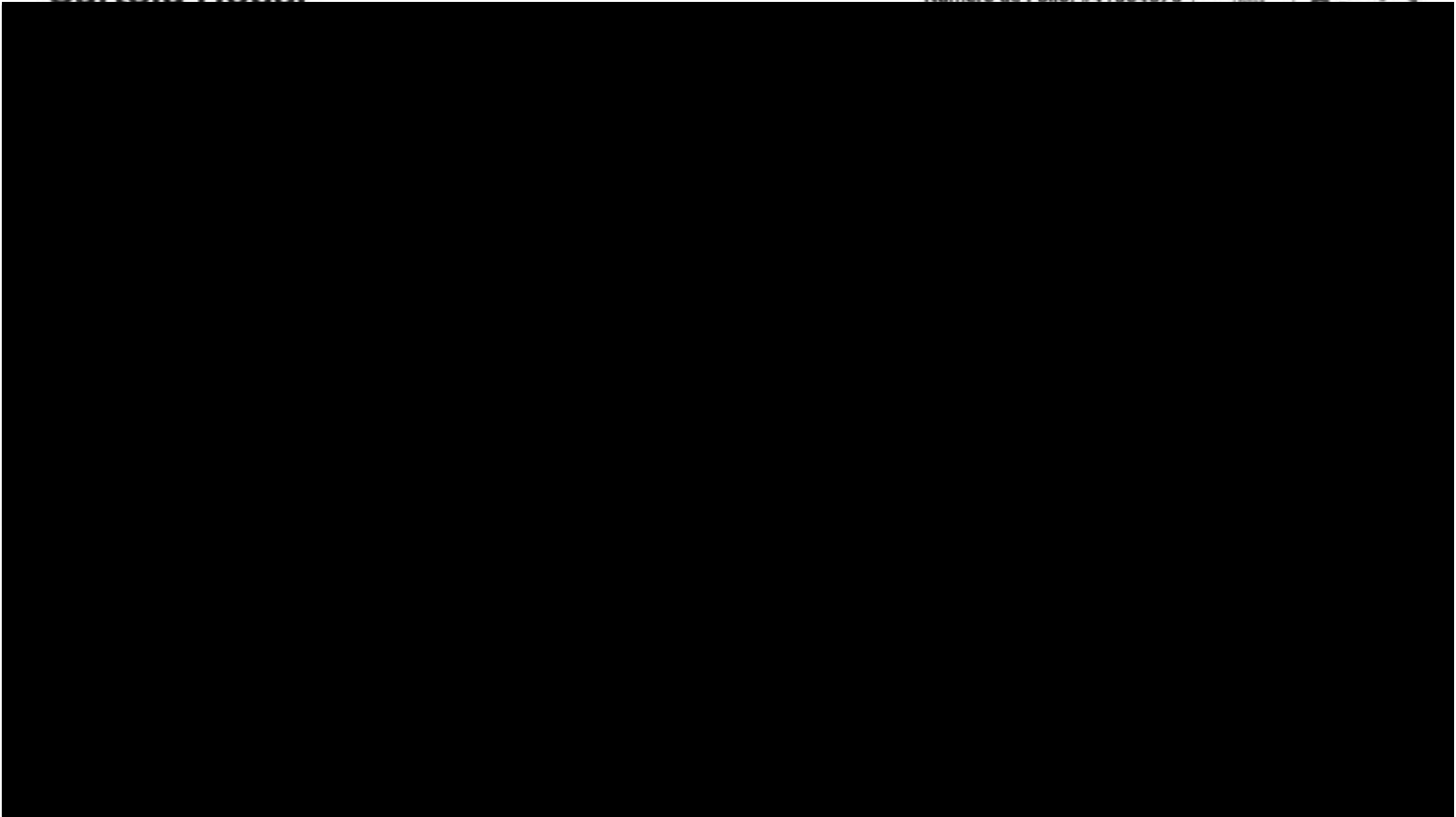

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

ASISTENTE SOCIAL

D.A.S.

228286534 / fguijuelos@conchali.cl





Conoce los apoyos del Estado

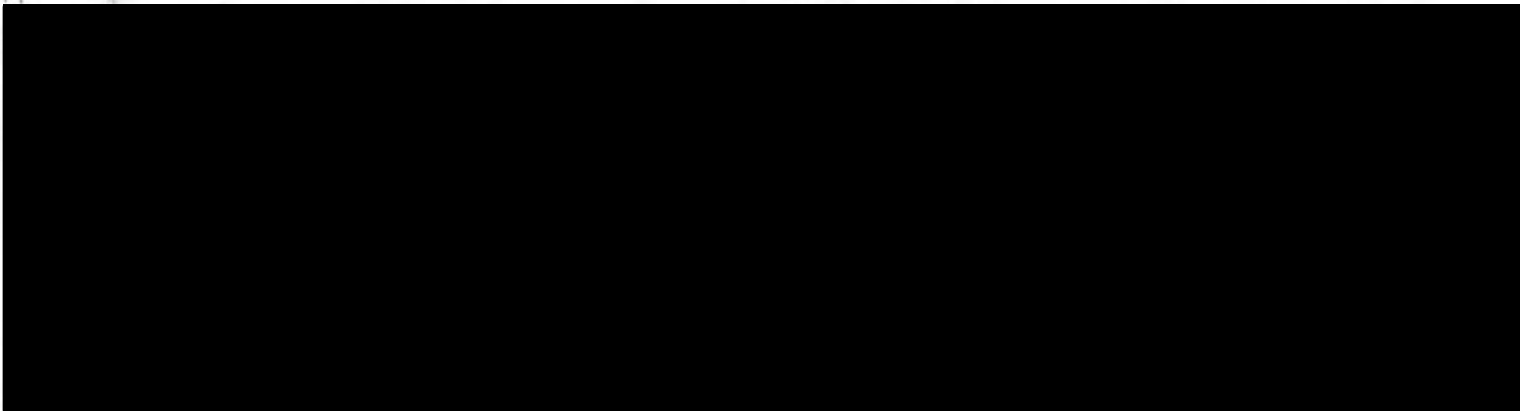
Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.

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.



11-01-010-00 ELECTROMIOGRAFIAS CUALQUIER REGION, POR

OBSERVACIÓN DIAGNÓSTICA DE NEUROLOGIA

EEII
OBS Neuropatia diabético. descartar compromiso radicular por dolor cara interna pierna izquierda.

Dr(a). ISIDORA SANCHEZ OCARANZA
16.610.890-K

PRESUPUESTO AMBULATORIO

ESTIMADO PACIENTE :

Total Presupuesto \$ 60,805

Es necesario se presente al menos con 30 minutos de anticipación a su cita para efecto de trámites en cajas y evitar atrasos.

Todos los pagos por prestaciones y procedimientos ambulatorios, deben ser cancelados en cajas de HCUCH

Todos los valores de Prestaciones, Procedimientos, Medicamentos e Insumos son referenciales, de acuerdo a los aranceles vigentes a la fecha y están sujetos a cambio sin previo aviso.

Este Presupuesto no incluye el valor de prótesis, ortesis, marcapasos y drogas de quimioterapia si correspondiere.

YAMILE ALEJANDRA ROJAS ADASME
NOMBRE FUNCIONARIO

HOSPITAL CLINICO U. DE CHILE

CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	HABIL (\$)	INHABIL (\$)
11-01-012-00	VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (INCLUY	2	41.640	41.640
11-01-010-00	ELECTROMIOGRAFIAS CUALQUIER REGION, POR	2	50.940	50.940
Emitir bono a nombre de: SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD RUT : 79980070-5				
TOTAL PARCIAL:		4	92.580	92.580
TOTAL EXÁMENES:		4	92.580	92.580

TOTAL PRESUPUESTO: 4 92.580 92.580

Presupuesto emitido por: MYRIAM EVA
Presupuesto válido por 30 días hasta: 18/09/2025

Indicaciones para el examen 11-01-010-00 ELECTROMIOGRAFIAS CUALQUIER REGION, POR

- El examen es comparativo, por lo que puede ser en ambos brazos, piernas o en las 4 extremidades
1. Debe venir sin metales o joyas, no poner crema o sustancias aceitosas en las extremidades a evaluar o en la cara si es Fibra única
 2. Mantenga la temperatura de las extremidades en las que se hará el estudio
 3. Durante el examen se realizará conducción nerviosa y electromiografía de los músculos estudiados, puede ser doloroso para el paciente
 4. El examen se realiza a pacientes sobre los 12 años de Edad
 5. No debe venir en ayuno
 6. No suspenda medicamentos a no ser que la orden medica lo indique
 7. El bono puede comprarlo en imagenología mismo edificio D, llegar con anticipación (20 min antes)
 8. Traer Orden medica
 9. Venga con Ropa cómoda
 10. Si su examen es una Fibra Única, debe suspender Mestinon 24hrs antes
 11. Después del examen puede hacer su vida normal.

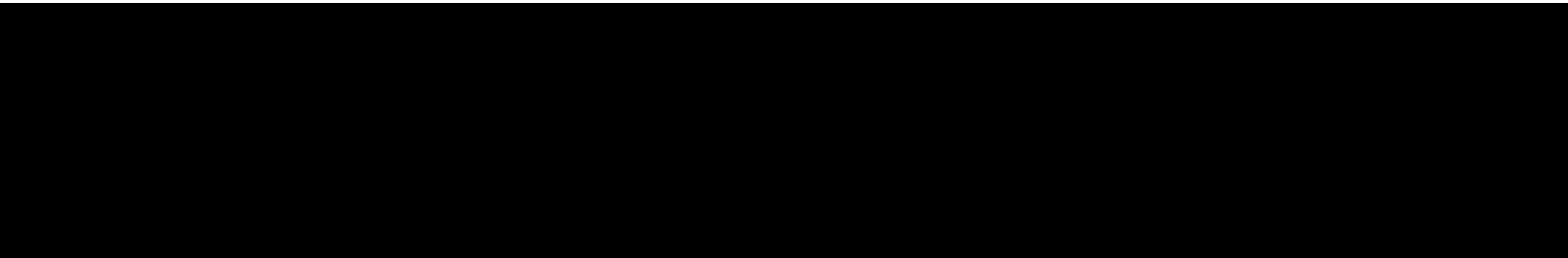
EDIFICIO D, PISO 1 LAB. NEUROLOGIA

Indicaciones para el examen 11-01-012-00 VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (INCLUY

NO DAR HORA PARA ESTA PRESTACION ESTA INCORPORADA DENTRO DE ELECTROMIOGRAFIA
REVISAR AGENDA 110101000 AGENDA DE ELECTROMIOGRAFIA

PRESUPUESTO ESTIMADO

DATOS PACIENTE



DATOS PRESUPUESTO

NÚMERO PRESUPUESTO: P00000360

ASEGURADORA: Fonasa ST Fonasa MLE

FECHA PRESUPUESTO: 18/08/2025

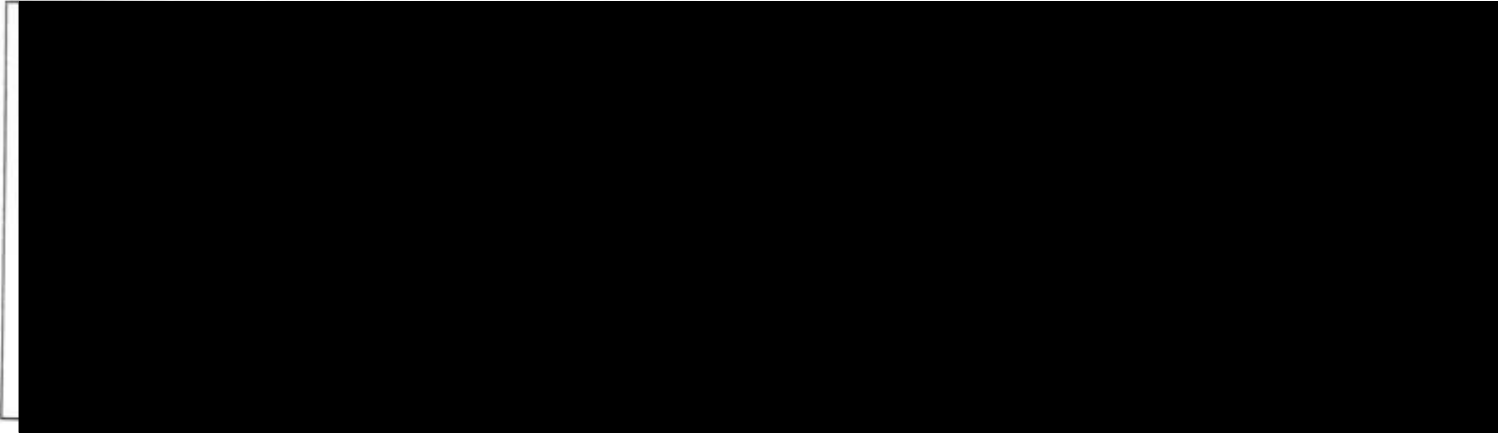
CÓDIGO	PRESTACIÓN	CATEGORÍA	CANT.		Total
20000063	AGUJA CONCENTRICA 0.30 X 25 MM	Insumos	1	\$	32.314
1101010	Electromiografías cualquier región	Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	2	\$	50.940
1101012	Velocidad de conducción	Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	2	\$	41.640
TOTAL GENERAL:			\$		124.894

IMPORTANTE

- * Recomendamos a Ud. solicitar en su isapre las coberturas para el presupuesto, de acuerdo a su plan de salud.

* Presupuesto Válido por 15 días a contar de 18/08/2025 hasta 02/09/2025

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	310773	EXAMENES	(SSA)	1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Evelyn Peña



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: *PP Evelyn Peña*

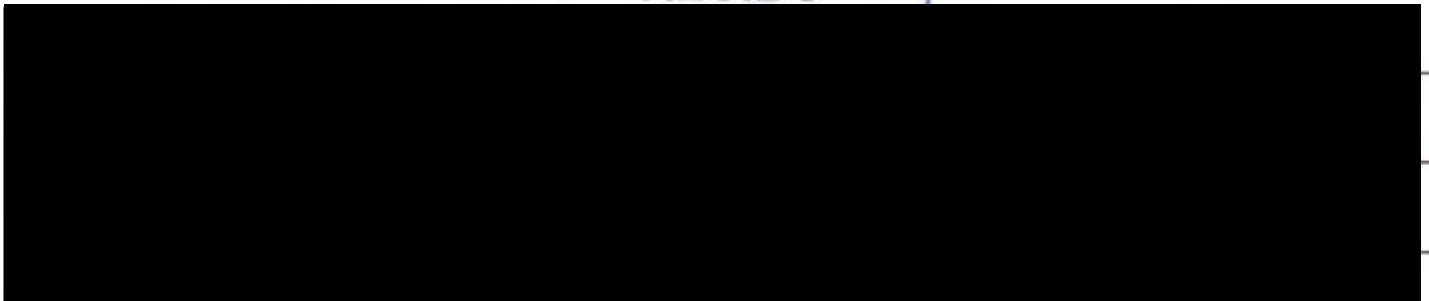
FIRMA:

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



BENEFICIO : 3 Cajas de SULIX \$ 22.140.-
(PROGRAMA ASISTENCIAL)

x 
FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA LTDA.

RUT: 79.610.730-8

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

CASA MATRIZ: Egata 268

Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE

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

Boleta Electronica Nro.: 22437435

Fecha Emision: 21-11-2025

Boleta de Referencia: Comuna:INDEPENDENC

Descripcion	Cent.	Unitario	Valor
-------------	-------	----------	-------

SULIX 0.4 X60 (Z)			
7800008011625	3.00 x	7.380	22.140

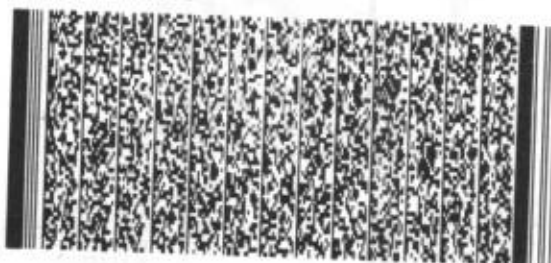
TOTAL 22.140

Total Pagado 22140

VUELTO 0

El IVA de esta boleta es \$3.535

FAR:INDEPENDEN VEN:BERNARDA VERA



Timbre Electronico S.I.I.

Resol. 80 del 2014

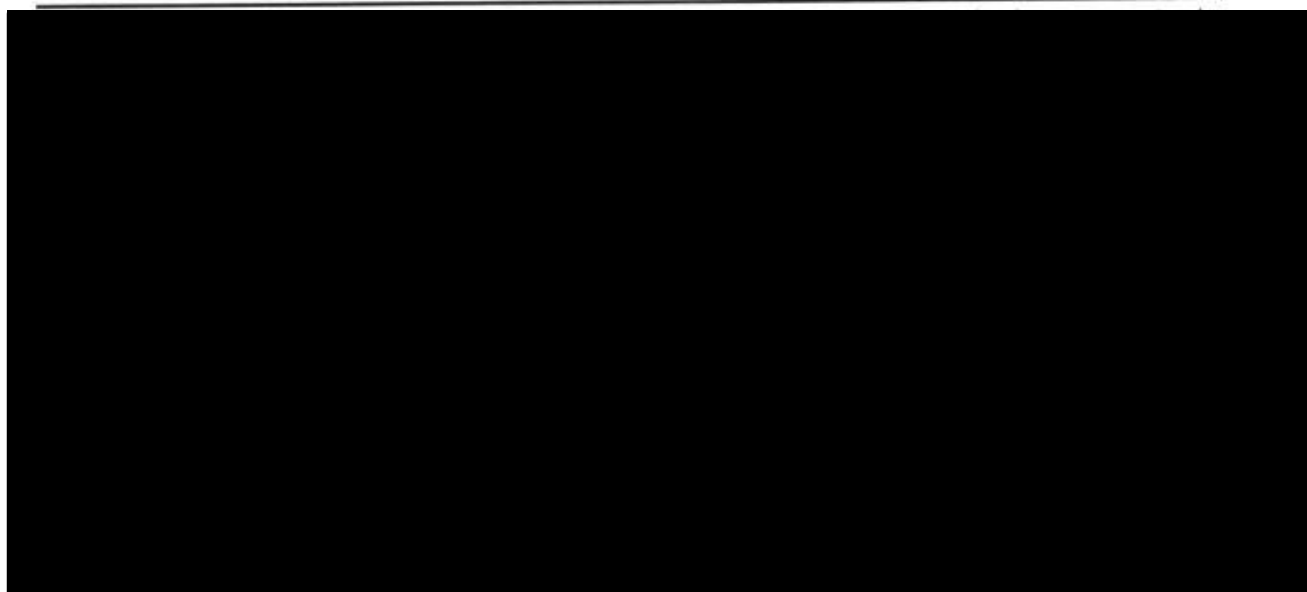
Verifique Doc : www.lecturacion.cl/ecofernac/boleta



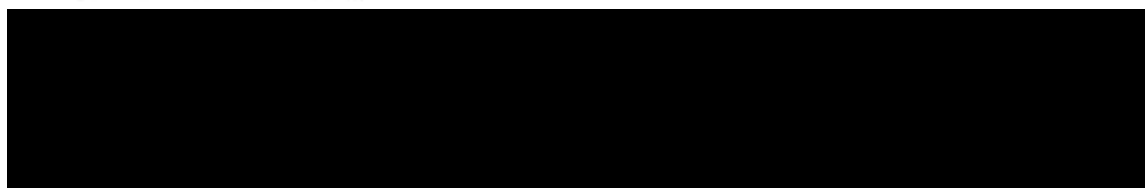
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 19 de noviembre 2025

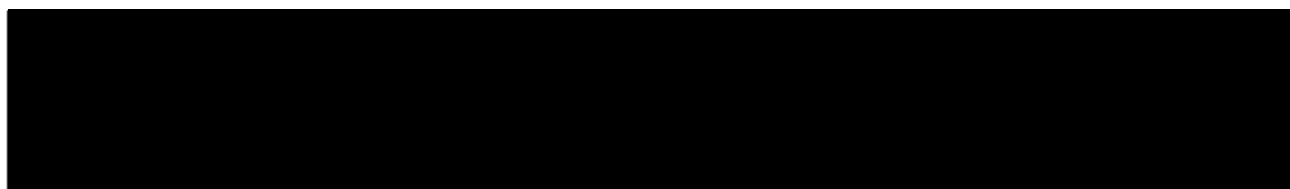
INFORME SOCIAL



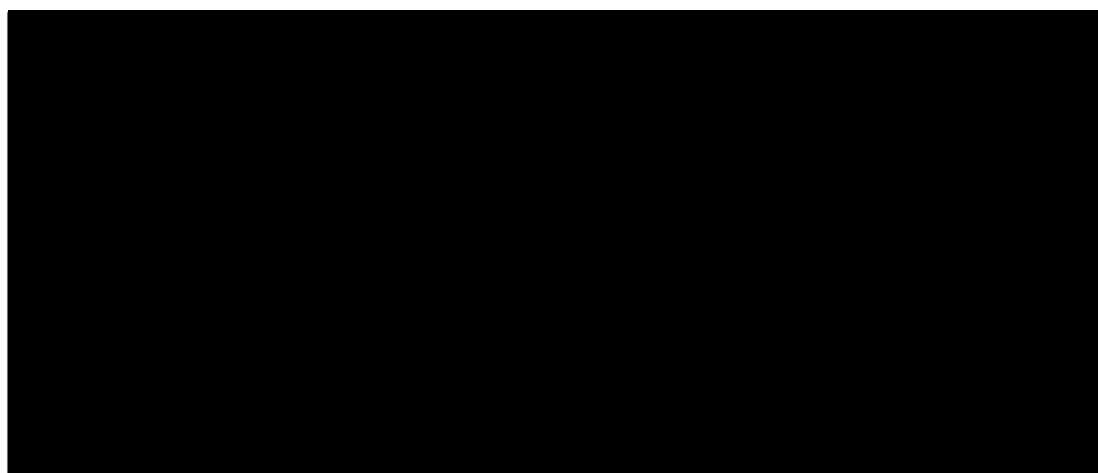
2.- GRUPO FAMILIAR



3.- SITUACIÓN HABITACIONAL



4.- SITUACIÓN DE SALUD



V.-SITUACIÓN ACTUAL Y ECONOMICA



VI.- OPINIÓN PROFESIONAL

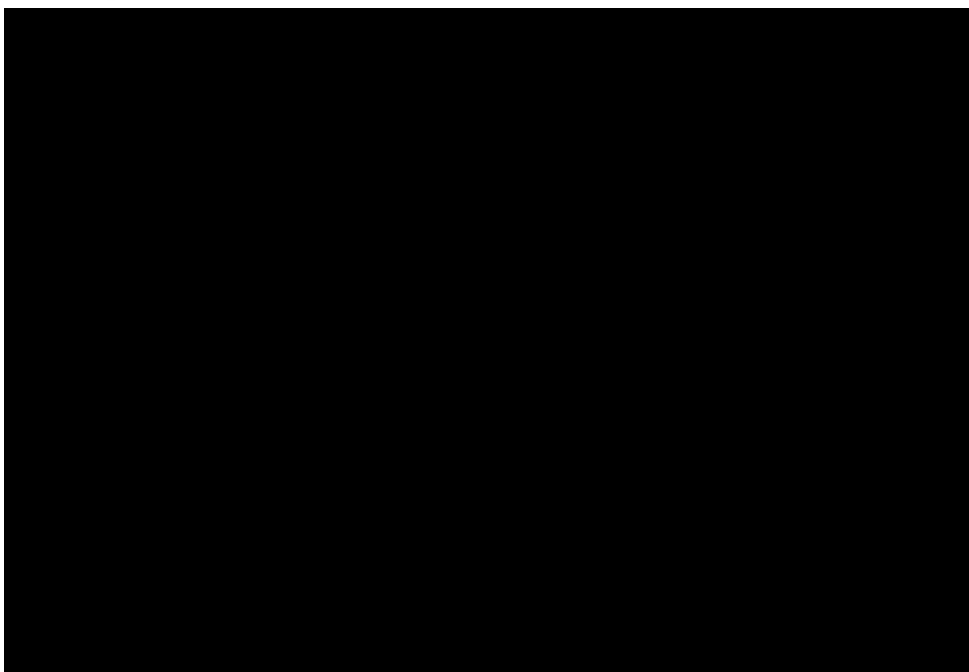
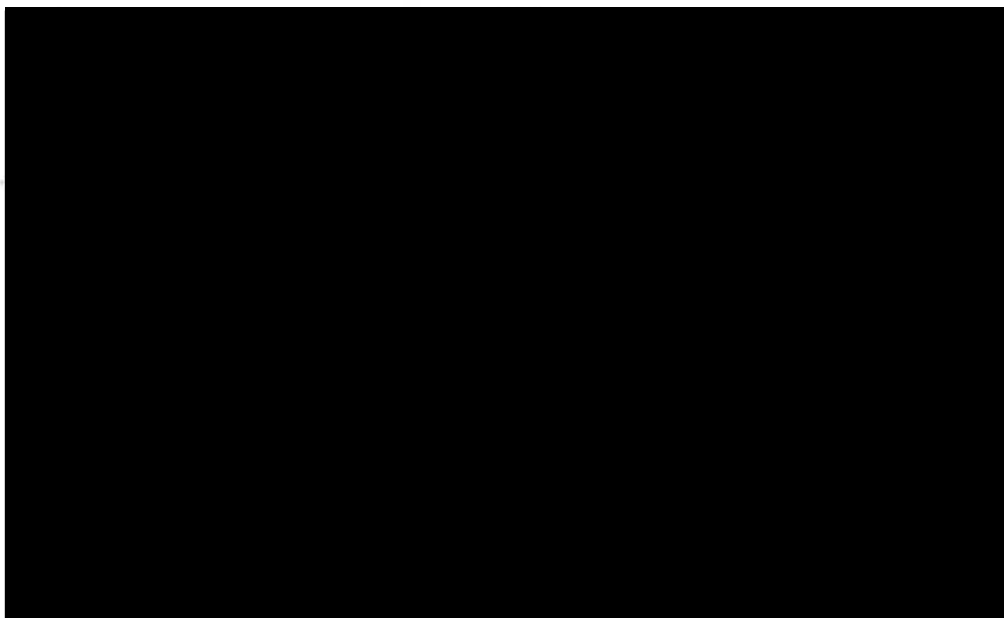
En virtud de los antecedentes expuestos, quien emite el presente informe social, corrobora que efectivamente los ingresos de este grupo familiar no son suficientes, teniendo en consideración de las complejidades del caso, se solicita al Departamento de Social con la ayuda para compra de medicamentos.

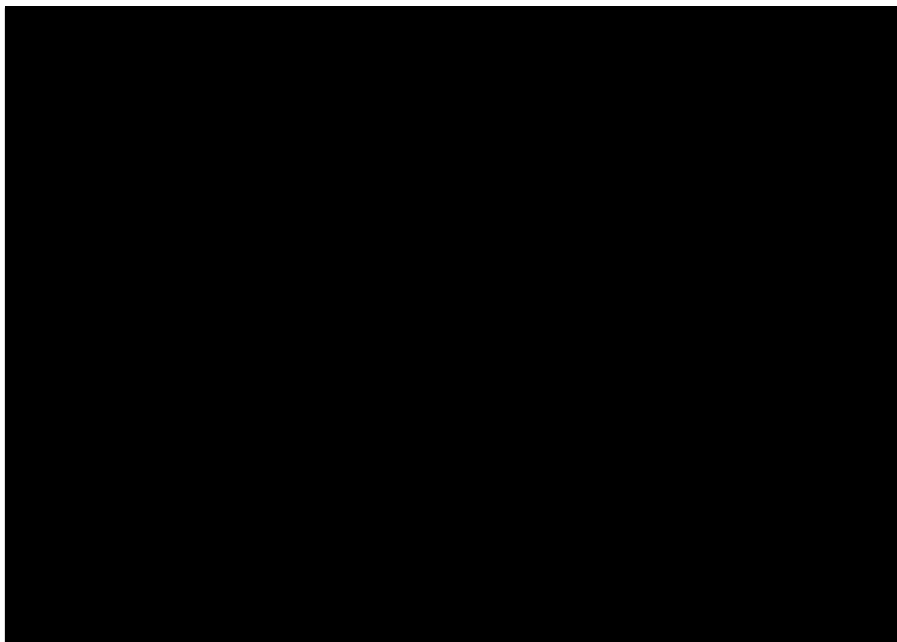
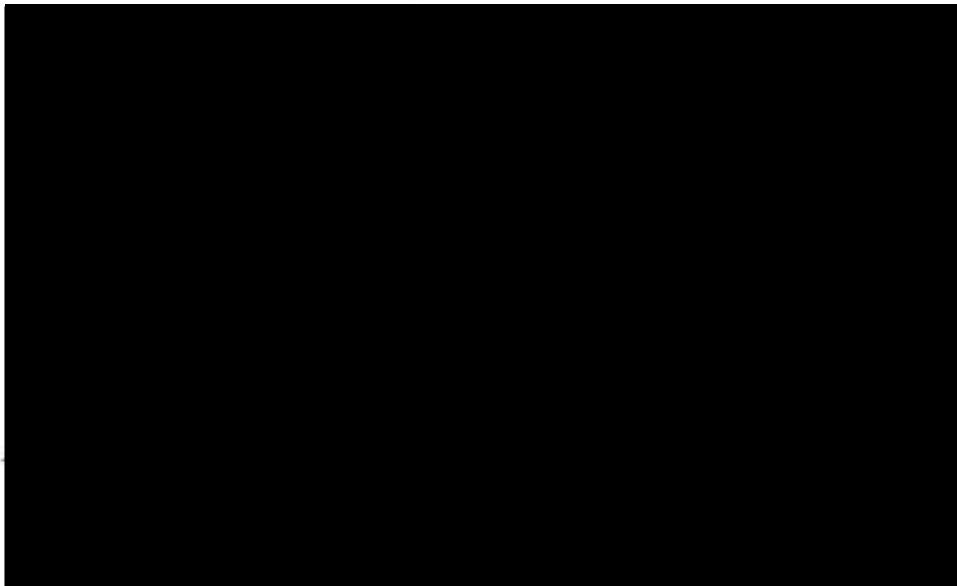
Es cuanto puedo informar, Atte.

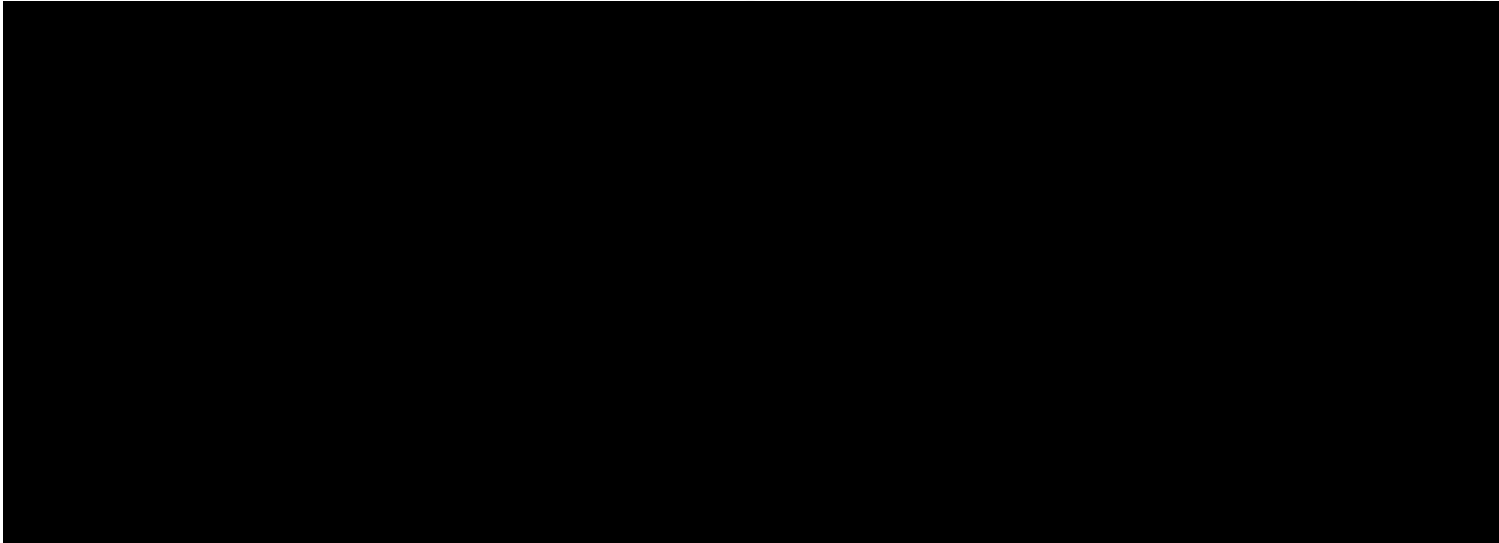
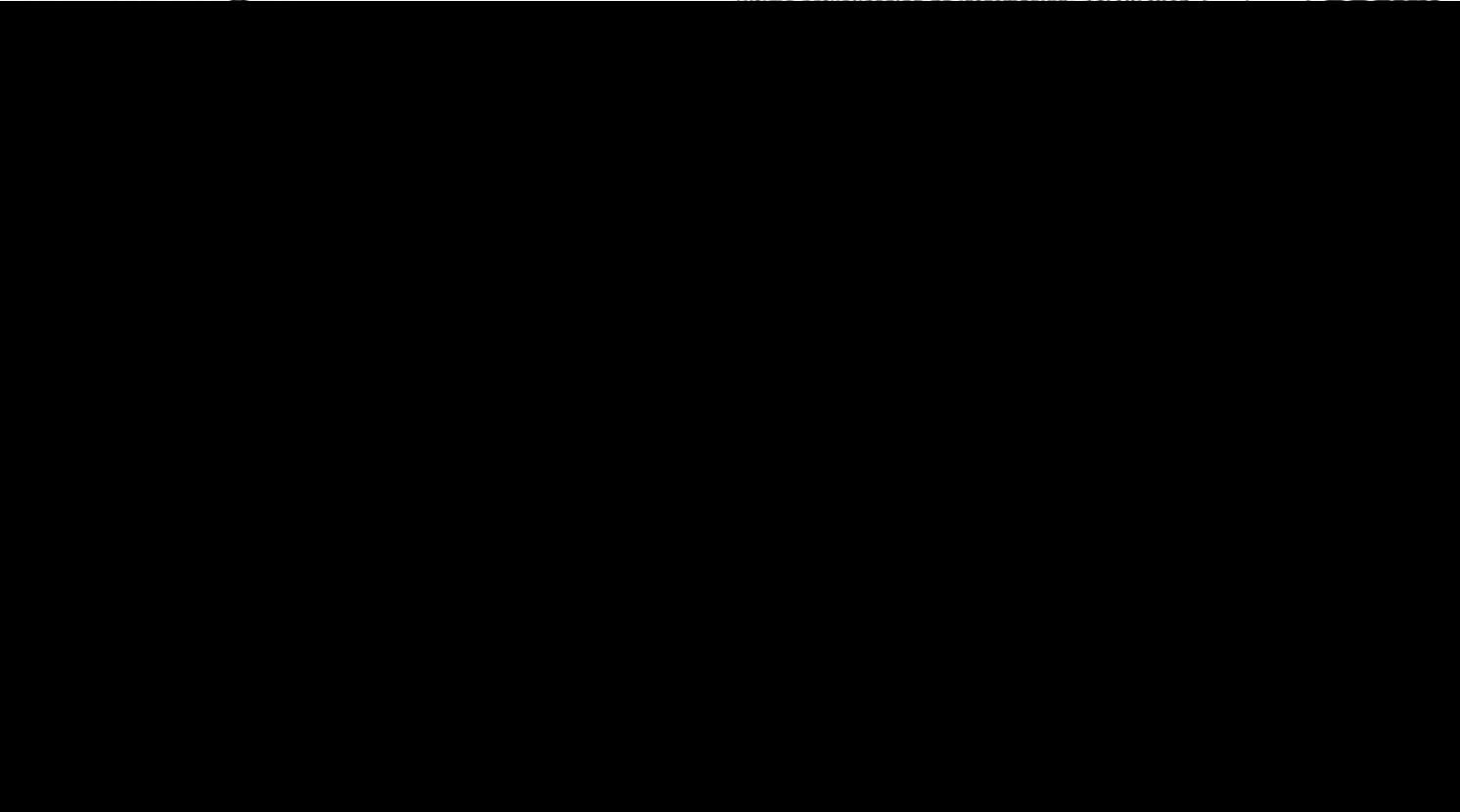



EVELYN PEÑA PAZ
TRABAJADOR SOCIAL
DEPARTAMENTO SOCIAL

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.

Mapuel Villanueva Figueroa
Médico Cirujano
17.994.207-0
RCM: 39849-7

COTIZACION

Local: 280-
Emission: 24/07/2025

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALO
1	SULIX CAP.0,4MG.60	30.190	30.19
TOTAL \$			30.19



Sulix x60
\$ 7.990



Farmacias

Victoria Canales y Cia Ltda.

73.610.739-9

Av. Independencia 1012-1014, local A, Independencia

Julix

\$ 30.200

SALCOBRAND S.A.
RUT: 76.031.071-9
Av. Independencia N° 902 y 906
Teléfono (+56) 2444 0012

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	314286	AYUDA ASISTENCIAL	(1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Ana Olmos



Municipalidad de Conchali
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: EVELYN PEÑA PAZ

FIRMA:

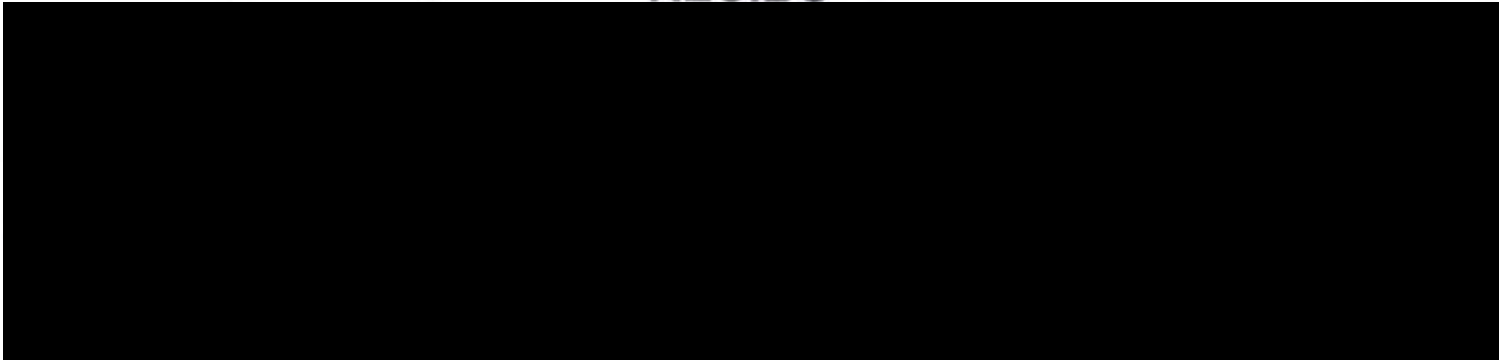
TIMBRE:



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.



RECIBO



(PROGRAMA ASISTENCIAL)


FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA LTDA.

RUT: 79.610.730-8

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

CASA MATRIZ: Esqta 268

Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE

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

Boleta Electronica Nro.: 22437432

Fecha Emision: 21-11-2025

Boleta de Referencia: Comuna:INDEPENDENC

Descripcion	Cant.	Unitario	Valor
JARDIANCE 25 X30			
4048846023032	3,00 x	43.990	131.970
TOTAL			131.970
Total Pagado			140000
VUELTO			8030

El IVA de esta boleta es \$21.071

FAR:INDEPENDEN VEN:BERNARDA VERA



Timbre Electronico S.I.I.

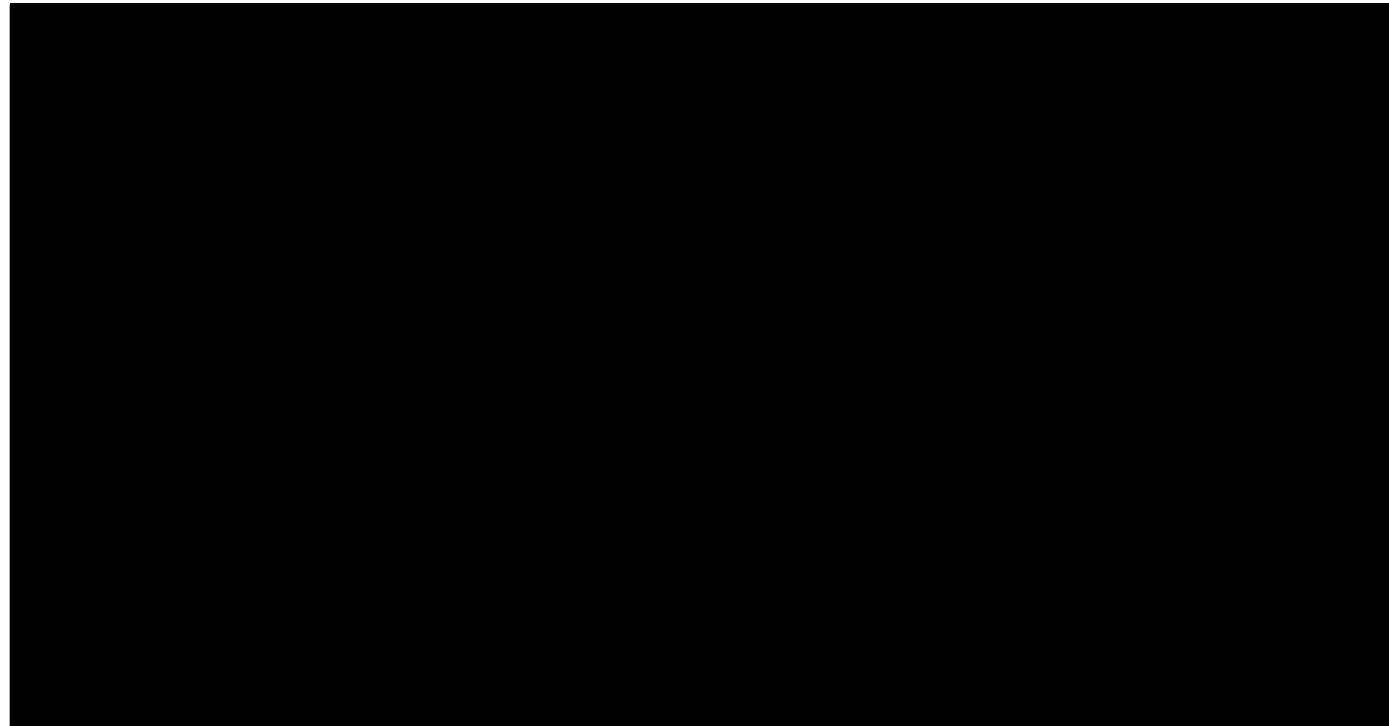
Resol. 80 del 2014

Verifique Doc.: www.facturacion.cl/acofarmac/bolea



Conchalí, 05 de Septiembre del 2025

INFORME SOCIAL

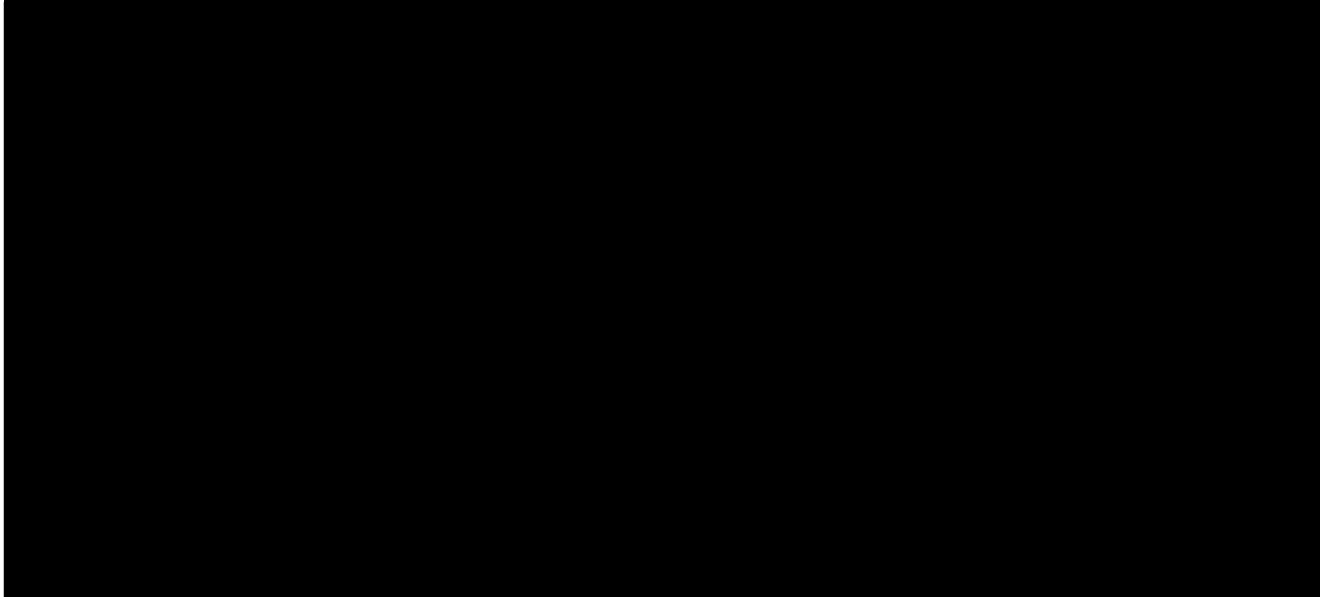


II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR



Conchalí, 05 de Septiembre del 2025

IV. SITUACIÓN DE SALUD



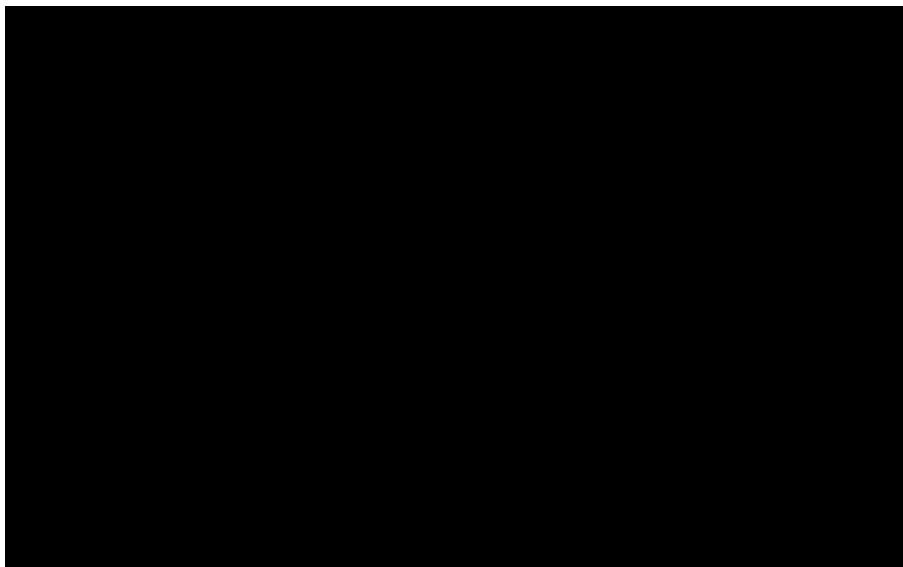
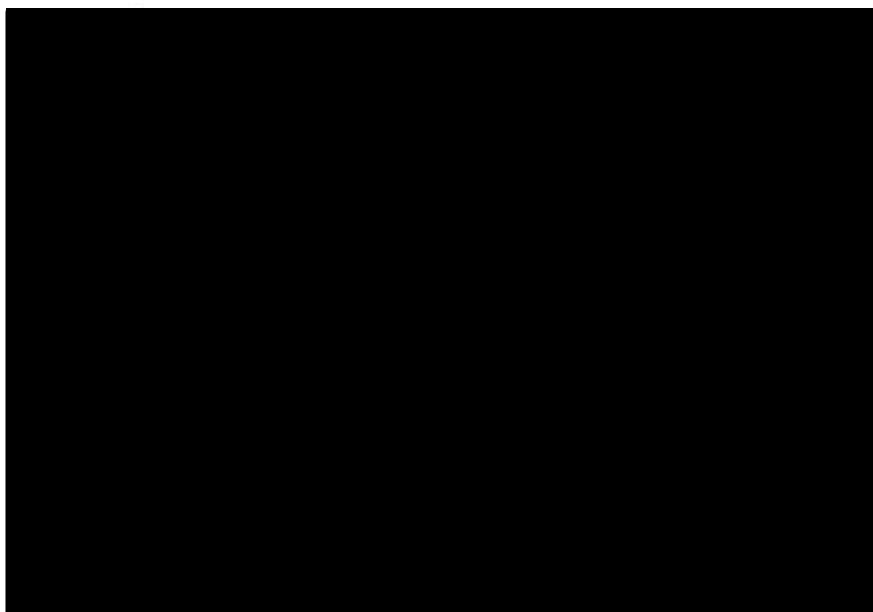
VI. OPINION PROFESIONAL

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

Es cuanto puedo informar, Atte.


DP **Fernanda Guijuelos**
Asistente Social
Municipalidad de Conchalí.


CA.



**SERVICIO DE REGISTRO
CIVIL E IDENTIFICACIÓN**



REPÚBLICA DE CHILE

CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD

Este documento presenta información contenida en el Registro Nacional de Discapacidad al momento de su emisión.

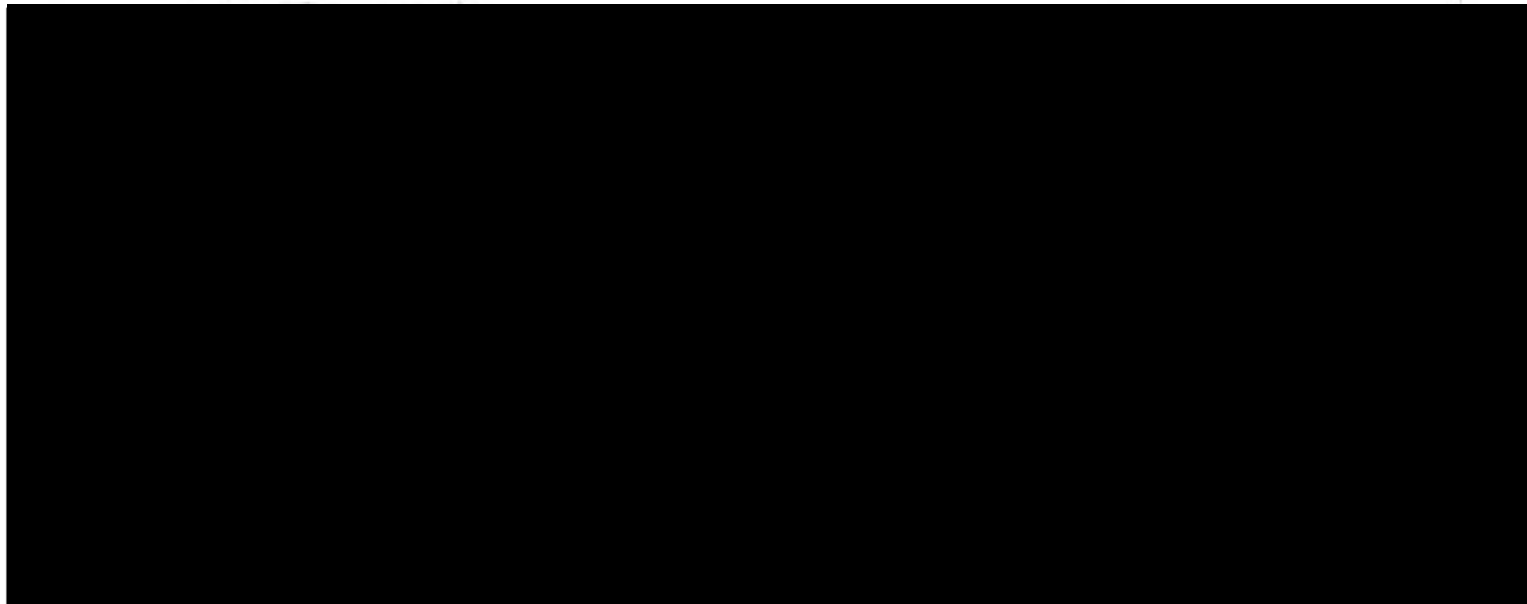
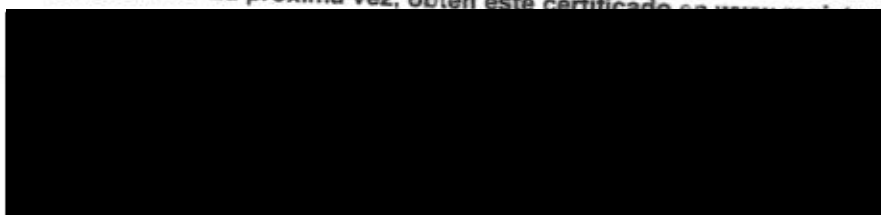
FECHA EMISION: 11 Agosto 2022, 02:01.

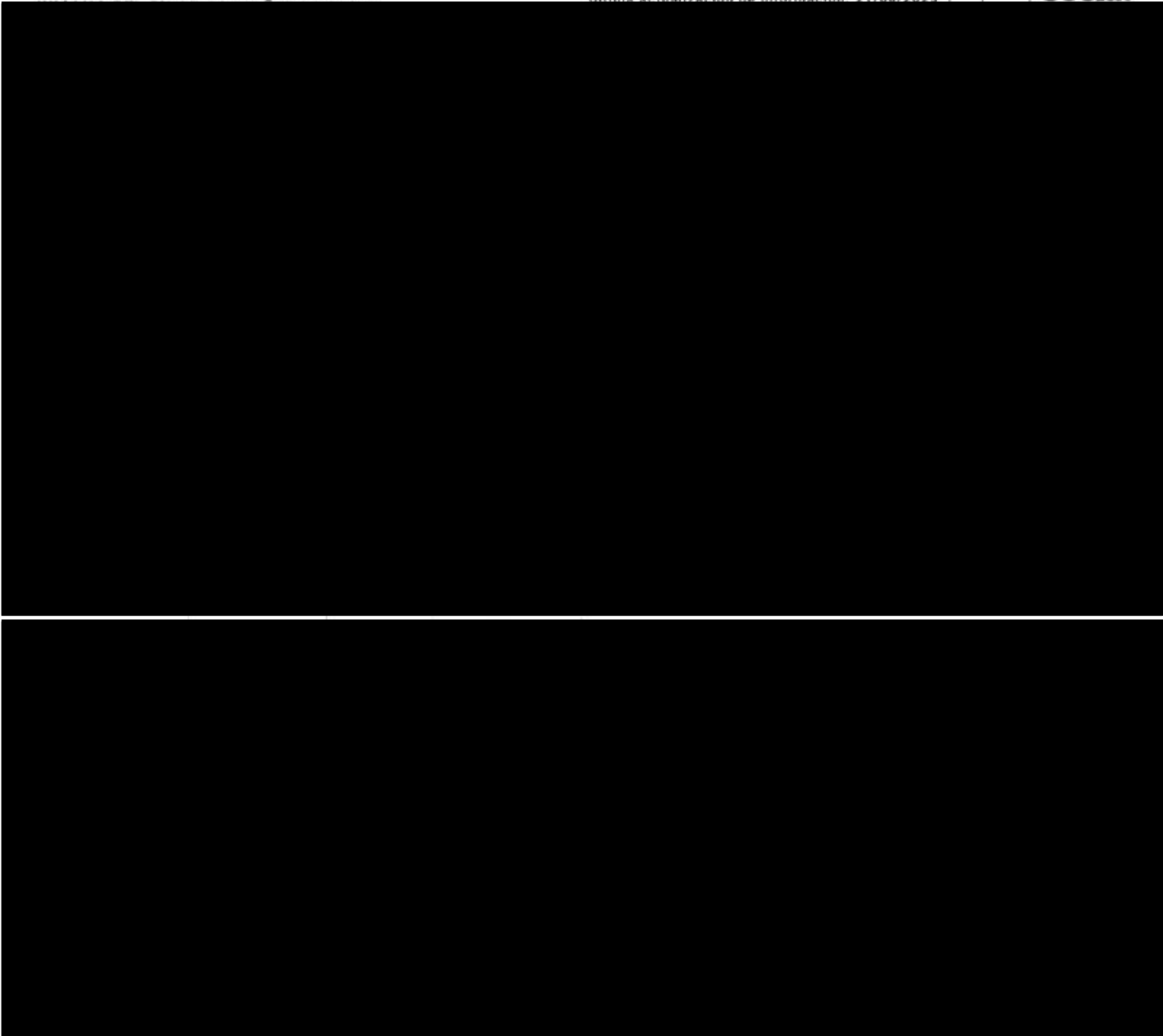
Certificado Gratuito

Impreso en:

REGION :

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.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.



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

607362

RECETA

DIAGNOSTICO: DR 2

USO EXCLUSIVO FARMACIA			PRESCRIPCIÓN
Código Medicam.	Cant.	Unidad	Medicamento
			- JAR Sioce (25 mg)
			(Eupoflozina)
			1/2 comp 4/80 <u>permanente</u>

Médico: _____
RUT: 15602675-3
Código: _____

DRA. MARIA PAZ BERRIOS F.
PNT: 15.02.88
MEDICINA INTERNA
FIRMA MÉDICO

COTIZACION

* CONVENIO Y BENEFICIOS *

V:00021238 T:4523 L:091 C:006
VENDEDOR: JEFERSON ANAZCO

CREDENCIAL : 281400001910
NOMBRE EMP.: SERVICIO DE SALUD NORTE SERVI
CIO DE
RUT BENEF. : 0.104.219-7
NOM. BENEF.: CASTAÑEDA MEDINA JULIA



2814000019102

CODIGO DESCRIPCION	CANTIDAD	MONTO
4048846023032 JARDIANCE 25mgX30	1U	58.799

TOTAL COTIZACION \$ 58.799

FECHA EMISION: 02/10/2025 HORA: 11:18

CONDICIONES:

*Cotización valida SOLO para clientes del convenio individualizado en este documento.

*Los Valores, promociones y condiciones anunciadas en cotización, SOLO VALIDAS SEGUN CONTRATO, no garantizándose precio y/o condiciones de venta fuera de los plazos establecidos en el contrato. Cotización no avala stock de productos.

*Valores, condiciones y promociones sujeto a cambio por oferente, sin previo aviso a su sola voluntad.

*Cotizacion NO VALIDA como guía de convenio. Los valores, promociones y condiciones de venta SOLO REFERENCIAL.

JARDIANCE - 25. MG.

\$ 54.900 -

76.389.385-5
V INDEPENDENCIA 110
INDEPENDENCIA

COTIZACION

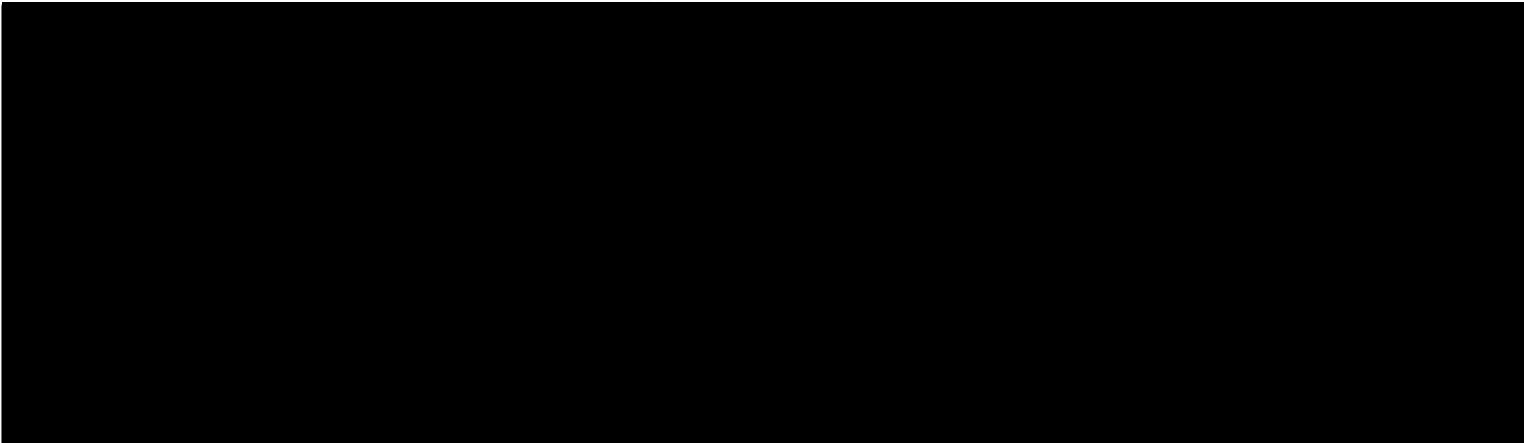
Local: 1117 Vd: KAREN YANNINA HUILCAN CANUQUEO
Emision: 02/10/2025 Validez: 02/10/2025
Cliente: 101042197 JULIANA JULIANA

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	JARDIANCE COM.25MG.30	58.190	58.190
	***OCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE		-11.638
	TOTAL \$		46.552



01117010103261021025

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



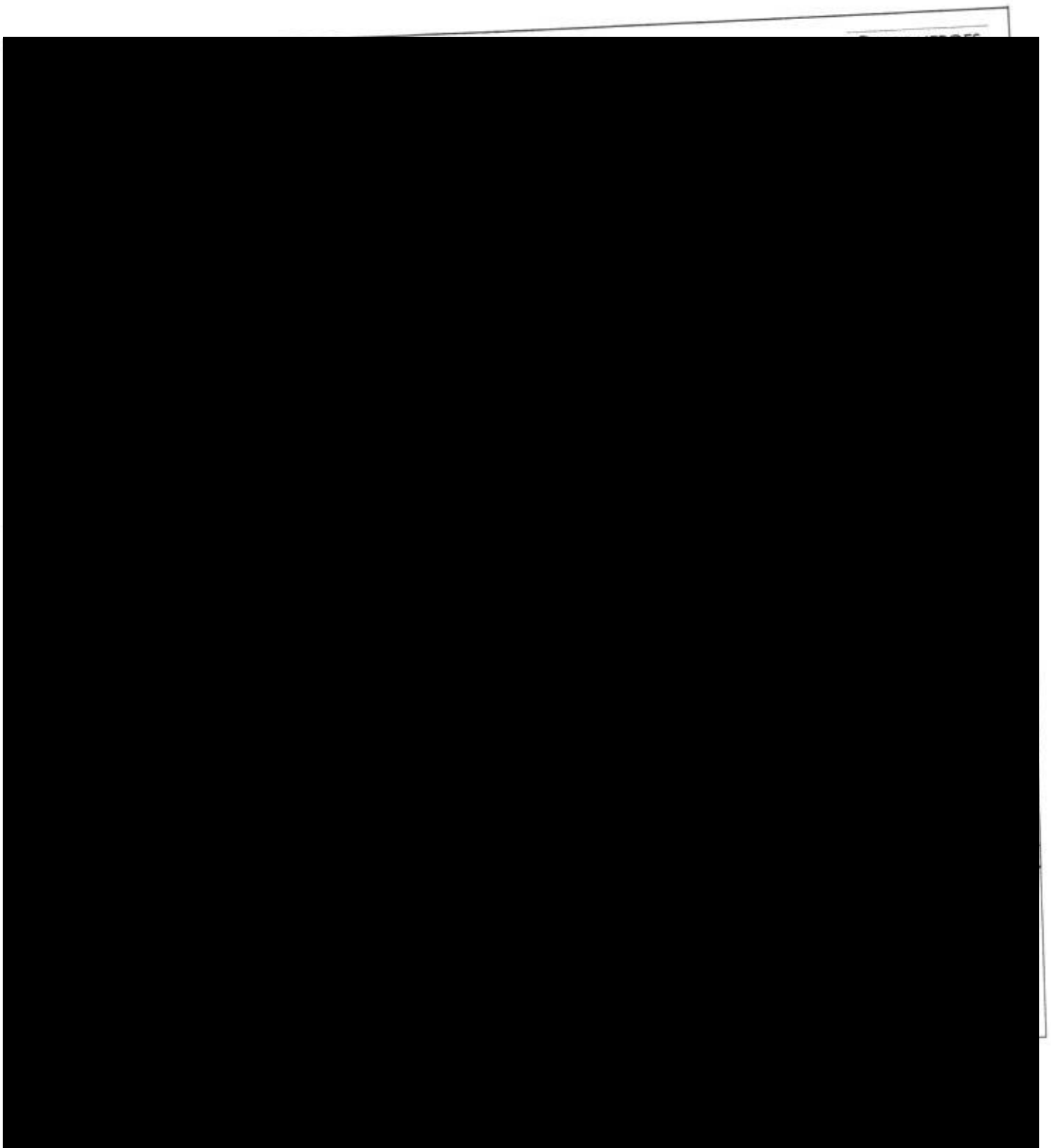
RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim. Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
311226	INFORME SOCIAL	(D	2	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: Evelyn Peña

FIRMA:

TIMBRE:



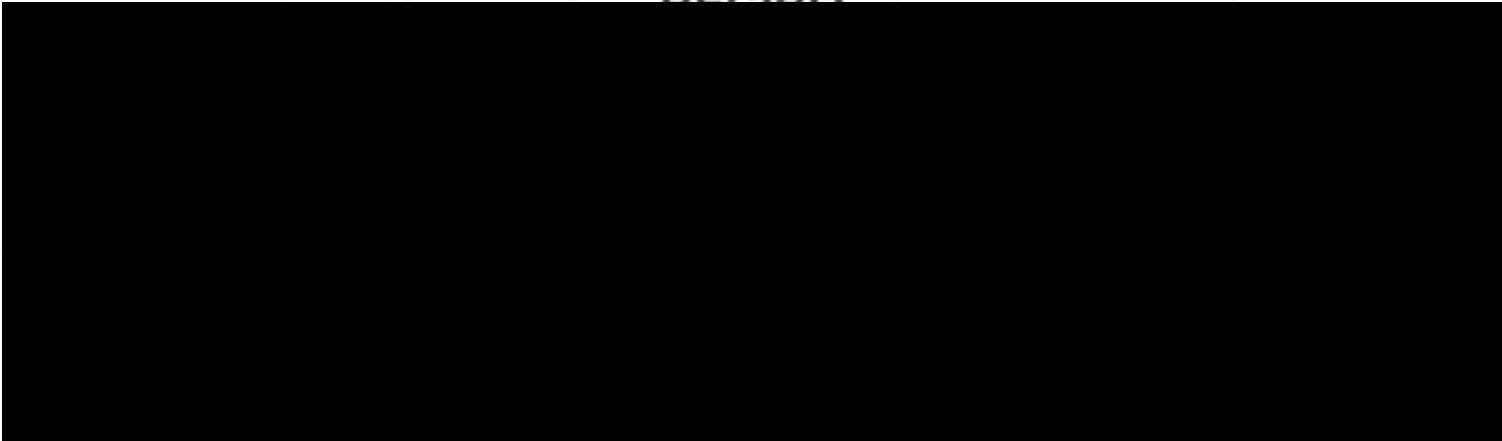
EN CASO DE PRESENTAR ALGUNOS DE LOS MOTIVOS SEÑALADOS EN LA LEY 19.880 ARTICULO 12, SE DEBE INFORMAR A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

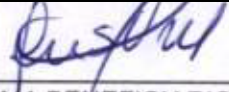


CONCHALÍ

25	11	25
----	----	----

RECIBO



x 
FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

VF PTICAS LIMITADA

77.995.947-3

Giro: VENTAS AL POR MENOR ARTICULOS
OPTICOS ACCESORIOS

MONEDA 772

Santiago

BOLETA ELECTRÓNICA NUMERO: 250

REF. VENDEDOR: 27400753-2

Fecha: 2025-11-25

Datos del receptor:

SEÑOR(ES): Maria Vera Morales

R.U.T: 13.908.578-7

Dirección: Los Jazmines 5334

Email: yarevalo@conchali.cl

Telefono: 56975999061

1 lente multifocal bajo receta medi
ca

\$ 190.000

El IVA incluido en esta boleta es
de: \$ 30.336



Timbre Electrónico SII

Res. 99 de 2014

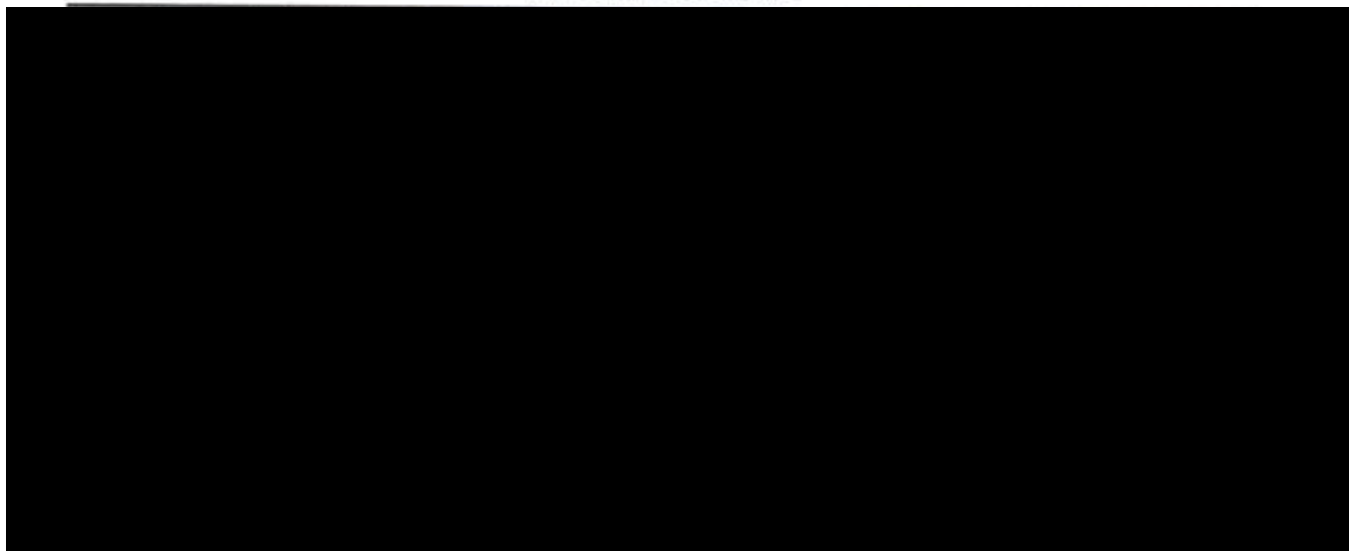
Verifique documento en sii.cl



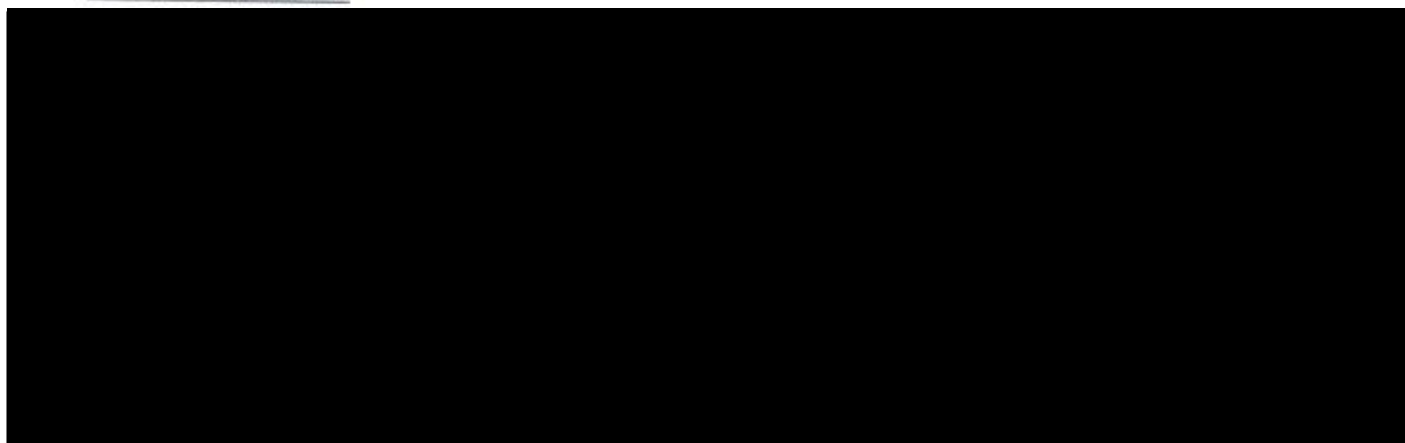
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 24 de Septiembre 2025

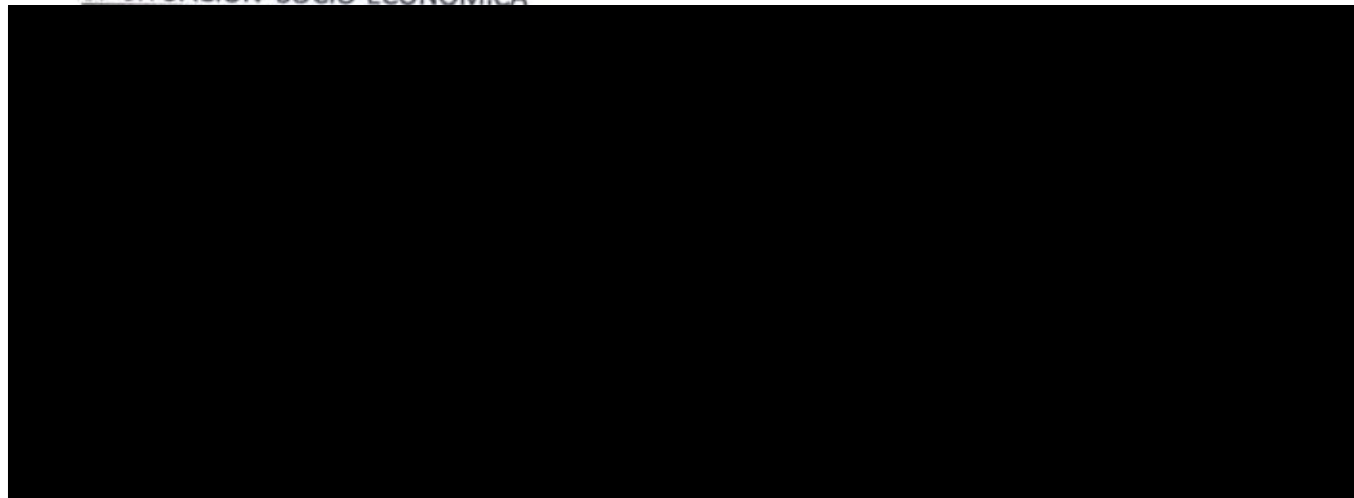
INFORME SOCIAL



2.- GRUPO FAMILIAR



3.- SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA



6.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración a la necesidad manifiesta de la asistida y en relación a insuficiencia de ingresos para costear lentes ópticos, la profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social el aporte y/o financiamiento para adquirir lentes ópticos.

Se adjunta receta y 3 presupuestos con valor.

Asistida de escasos recursos, presenta Registro Social de Hogares folio N° 40399894, ubicándose en tramo del 40%.

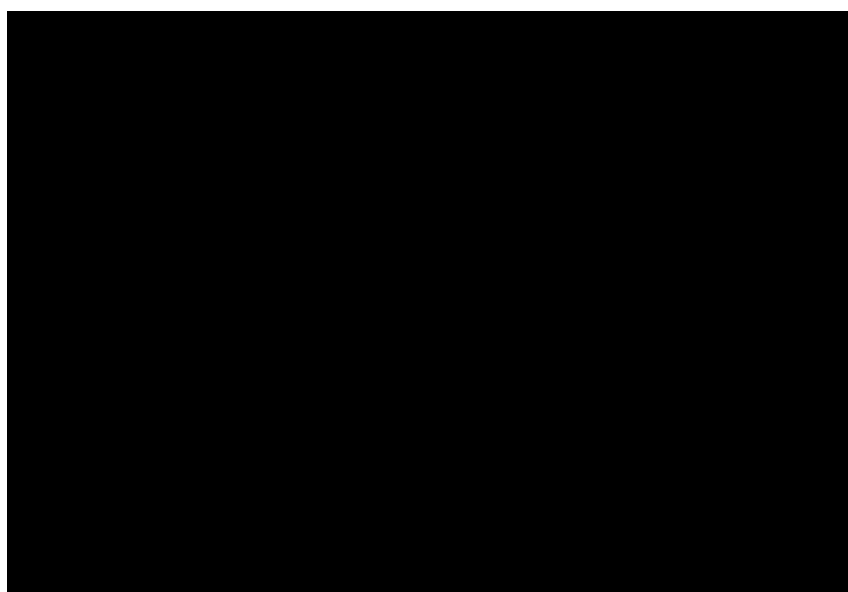
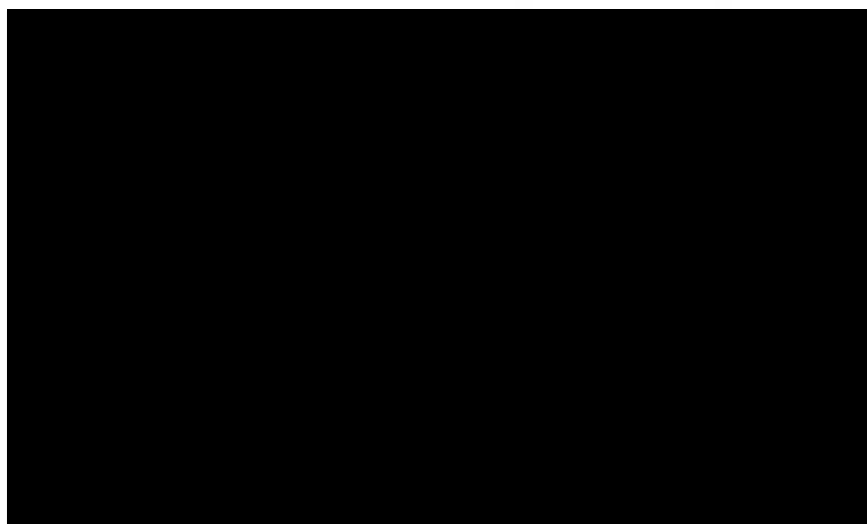
Es cuanto puedo informar, Atte.

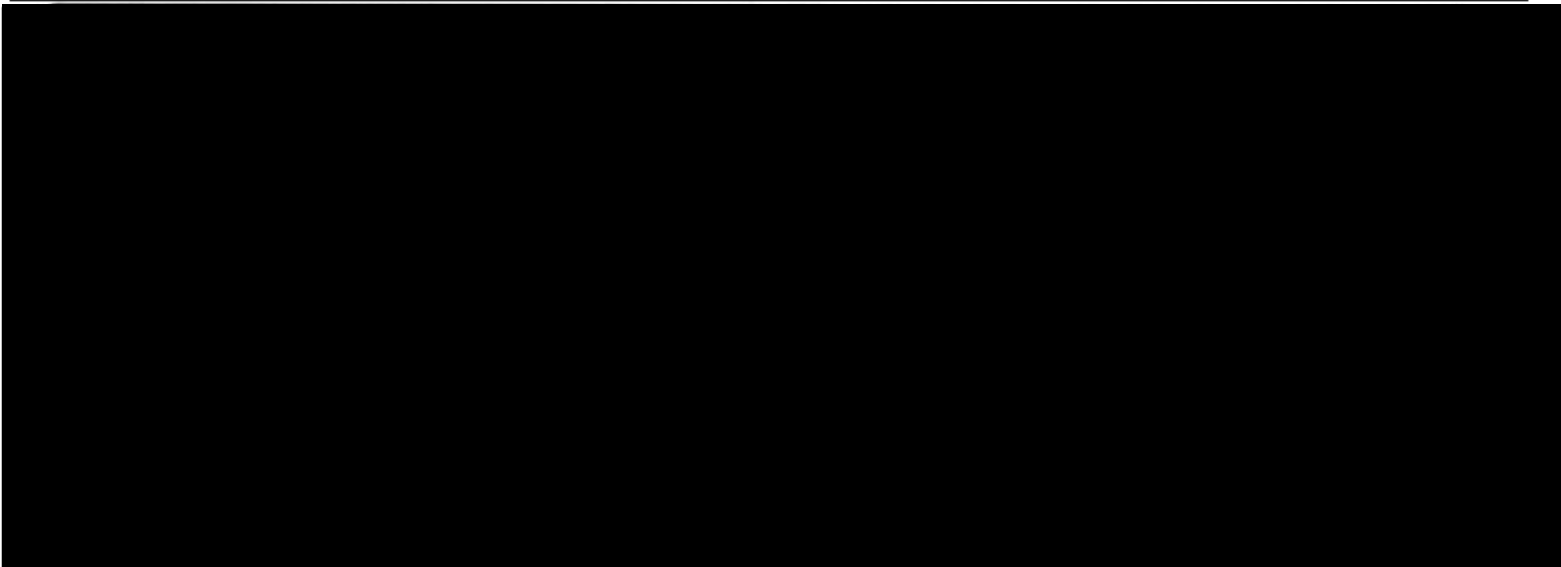
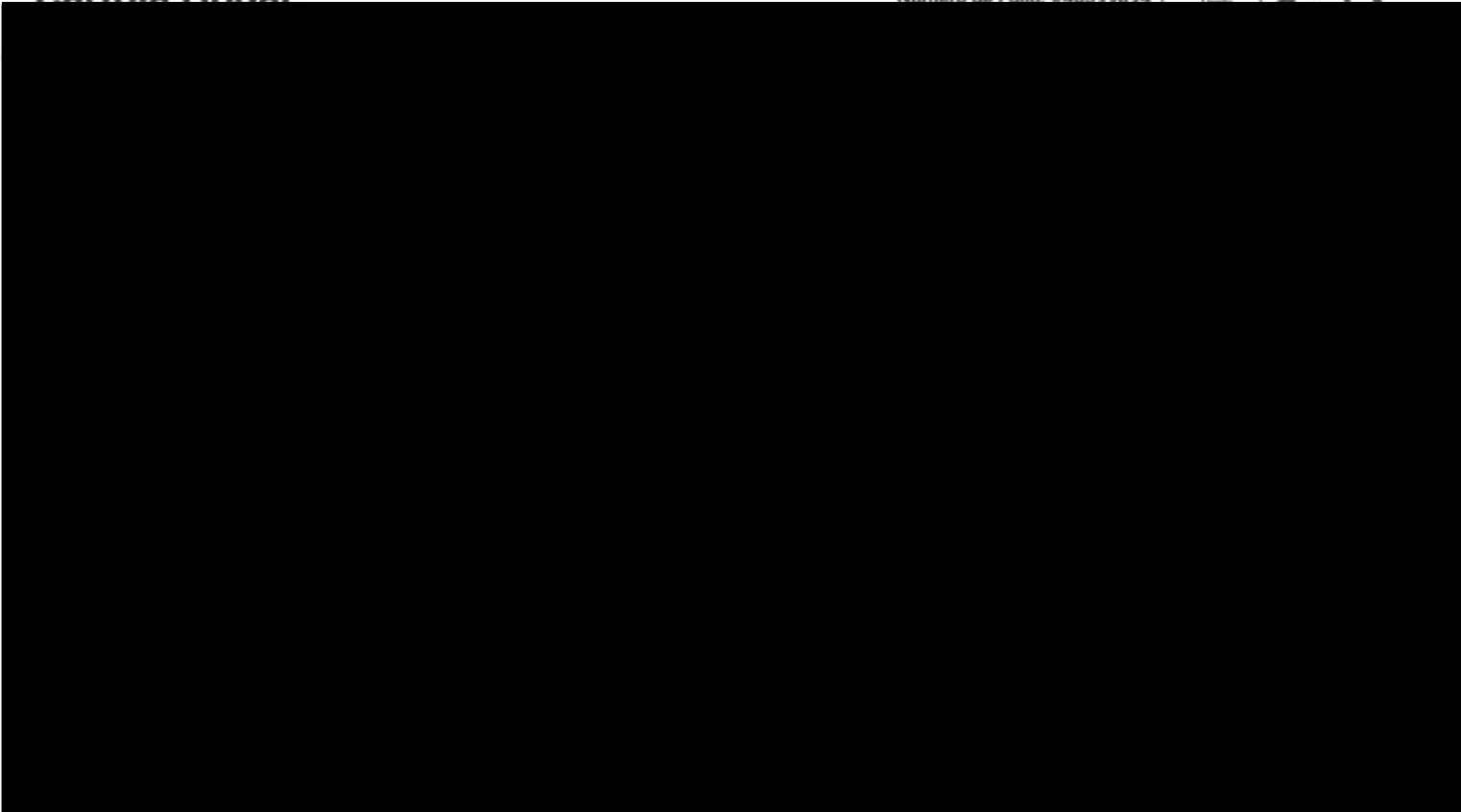


Fernanda Guijuelos Sanhueza

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL







¿A qué
beneficios
puedo
acceder?

Según la información disponible a la fecha de última actualización de tu Cartola Hogar, son los siguientes:

A. Subsidio Familiar (SUF). Consulta en tu municipio para más antecedentes.

Ingressa al sitio web de la Ventanilla Única Social www.ventanillaunicaocial.gob.cl, acércate a tu municipio o escanea el QR para conocer más sobre estos beneficios.



¿Tienes consultas sobre tu
Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicaocial.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. Olga Acuña C.
Dr. Cristián Carpentier G.
Dr. Marco A. Casas del Valle P.
Dr. Ricardo Colvin T.
Dr. Luis Filsecker L.
Dr. Juan Carlos Flores P.
Dr. Santiago Ibáñez L.
Dr. Hernán Iturriaga V.
Dr. José Manuel López A.
Dr. Cristián Luco F.
Dr. Eugenio Maul F.

Dr. René Moreno N.
Dr. Jorge Orellana R.
Dr. Claudio Pérez V.
Dr. Mauricio Andrés Pérez V.
Dr. José Miguel Ried U.
Dr. Juan Stoppel O.
Dr. Felipe Valenzuela S.
Dr. Gonzalo Varas M.
Dr. Juan Ignacio Verdaguer D.
Dr. Francisco Villarroel C.
Dr. Sergio Zacharias S.

Dr. Juan Carlos Flores Pérez
Oftalmólogo
R.U.T.: 8.670.061-1

Rp.

Me Solaad Vea

lente

OD - 7.47 x - 3 cil. 175'
OI - 3.75 x - 3 cil. 5'

Dp59

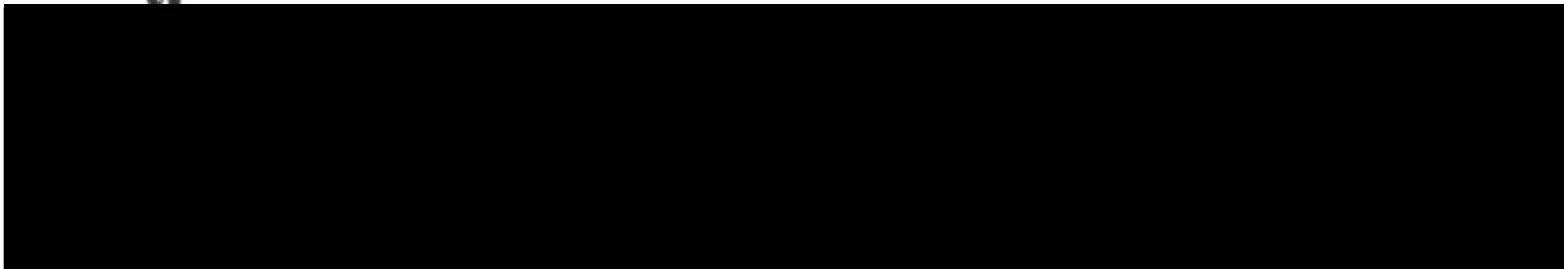
7

Dr. Juan Carlos Flores
8.670.061-1
oftal.nclogia

hr

24.9.25

Las Hualtatas 5951 - Santiago - Fonos: 22 370 4600 - 22 438 8917 - 22 438 8937
e-mail: juancarlosflores@gmail.com - www.oftalandes.cl



MARIA VERA
Rut. 13 908 578-7
Direccion
Comuna
Telefono
Correo

ANTECEDES CLINICOS	OI Y OD CON RETINITIS PIGMENTOSA	
EDAD	45	
	ESFERA	CILINDRO
OD	-5	-2.5
OI	-3.75	-2.5
DP	60-58	

[illegible]

Comentarios o instrucciones especiales

SE LE RECOMIENDA A LA PACIENTE USAR LENTE FOTOCROMATICO DADO LA PRECENCIA DE RETINITIS PIGMENTOSA EN AMBOS OJOS. SE MANEJA LENTE MULTIFOCAL FOTOCROMATICO PARA UNA MEJORA VISUAL DEL PACIENTE

NETO	199.980,00
DESCUENTO	46.980,00
SUBTOTAL	153.000,00
IVA 19%	37.996,20
OTROS	-
TOTAL	\$ 190.996,20

Si usted tiene alguna pregunta o duda con esta cotización, por favor, póngase en contacto con
VF Ópticas, +56 9 2747 6307, +56 9 6419 2772, vfópticas@mail.com

Modelo	Precio	Cliente/Comentario
digital pro capa (adelgadazo 1.67)	\$ 220,000	Cristales Organicos + antirreflejos + Fitro UV + Capa anti raya
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	



Moneda 772

Local 302 B

Stgo. Centro

Cotizacion Maria Rivera

Modelo	Precio	Cliente/Comentario
Armazon standar	\$ 250,000	Cristales progresivos campo visual amplio fotocromaticos color gris/cafe
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	
	\$ -	

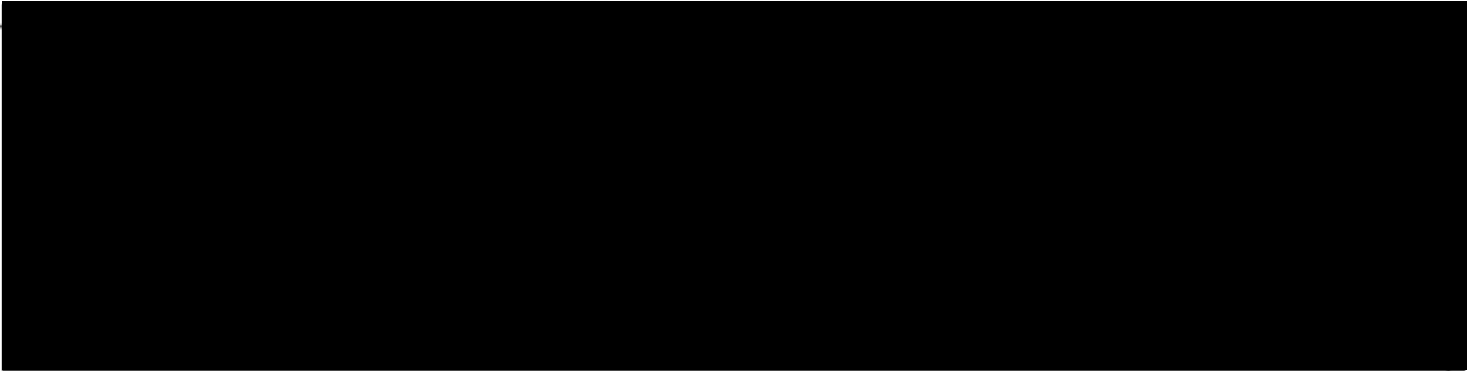


Moneda 772

Local 216 A

Stgo Centro.

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	312116	INCORP. PROG. HABITACIONA	1	0			
INFO	312115	LENTES OPTICOS (E	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:



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.

BENEFICIO

: 20 BOLSAS y 19 PLACAS de Colostomia
(PROGRAMA ASISTENCIAL) \$121.300.-

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



La billetera digital
de Transbank

R.U.T.: 76.309.942-3
COMERCIALIZADORA MARTIMED
LIMITADA

S.I.I. SANTIAGO NORTE
BOLETA ELECTRONICA: 127991
Giro: VENTA DE ARTICULOS ORTOPED
ICOS INSUMOS MEDICOS
Direccion: SANTOS DUMONT 1030-B
- INDEPENDENCIA

Emission: 27-11-2025

DETALLE

VARIOS 1X121.300 121.300

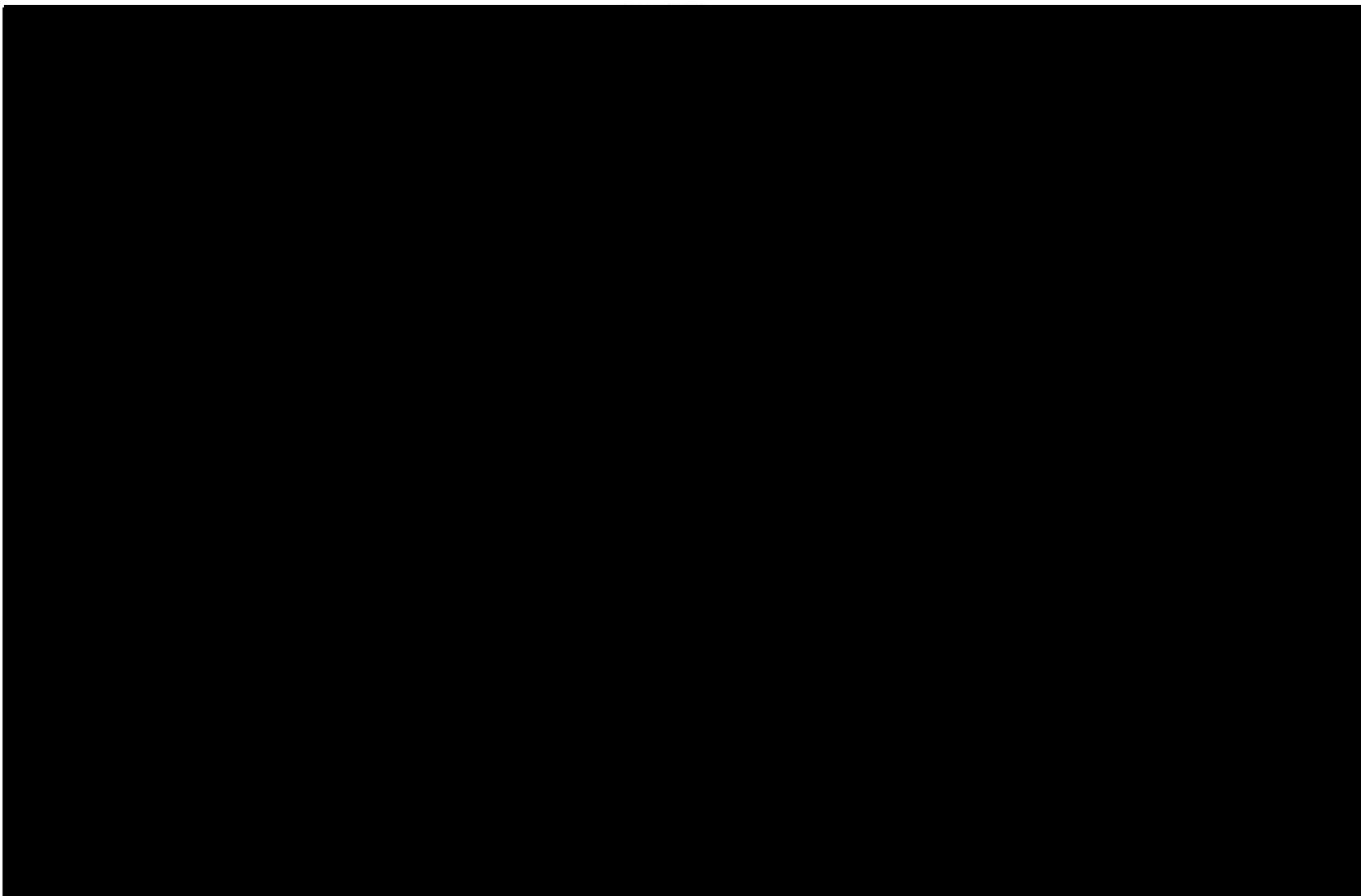
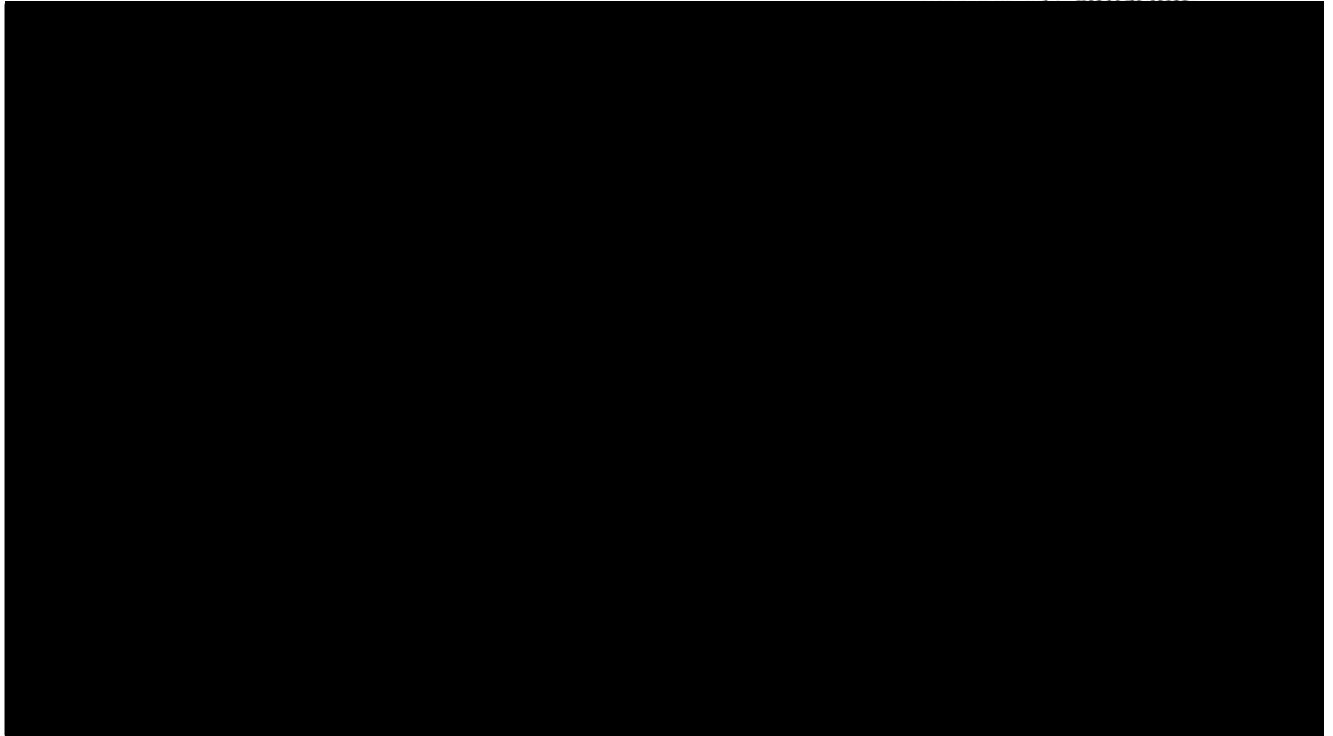
Neto	\$ 101.933
IVA	\$ 19.367
Total	\$ 121.300



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

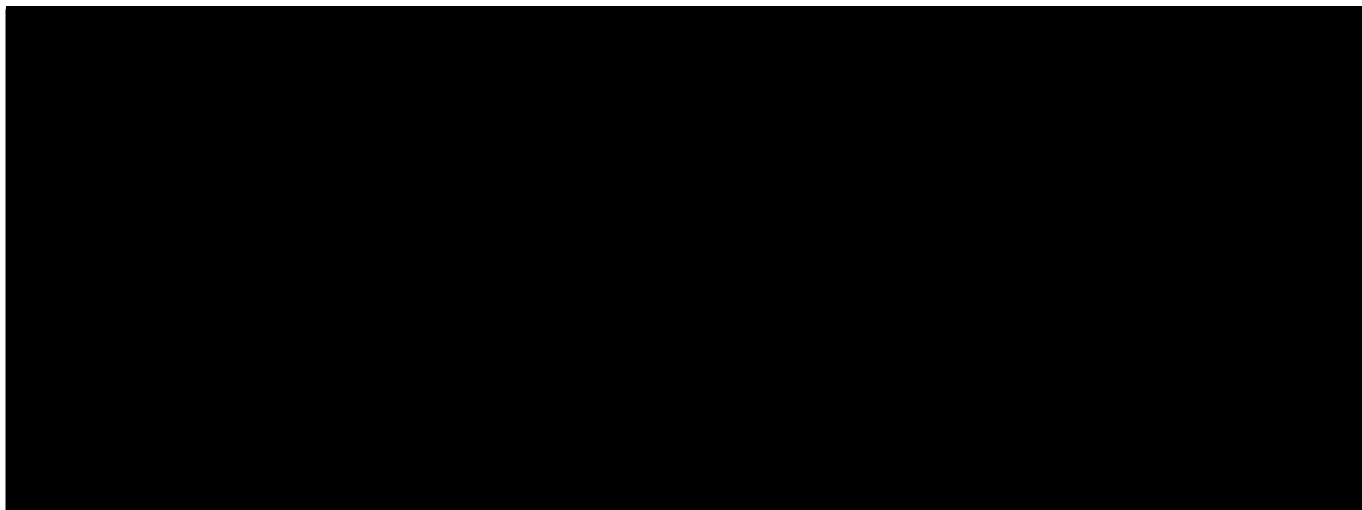
INFORME SOCIAL

1. Situación



En cuanto a su Hija, no presenta antecedentes

V. SITUACION ACTUAL Y ECONOMICA



VI. OPINION PROFESIONAL

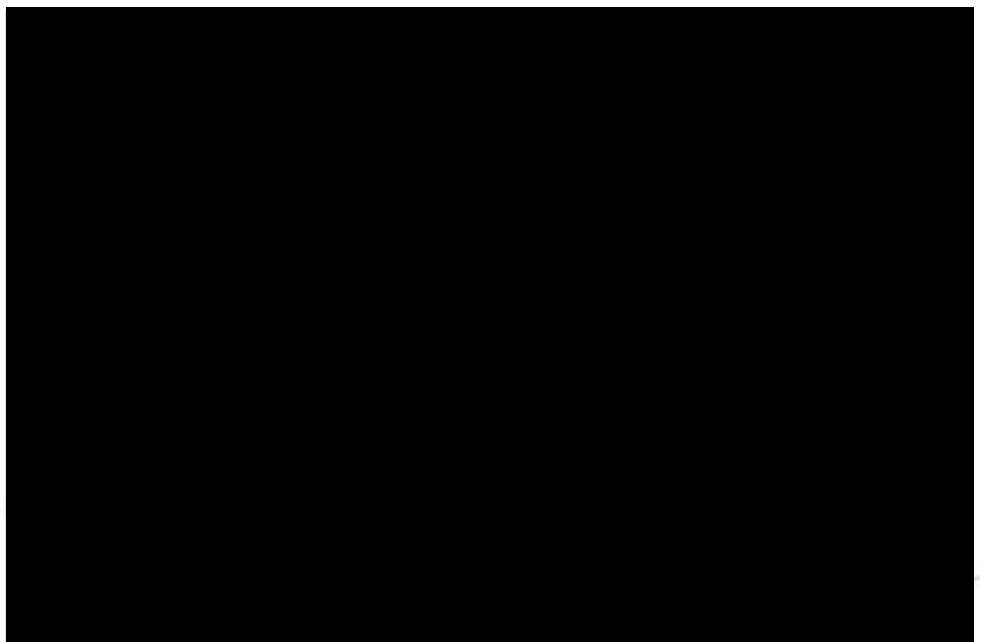
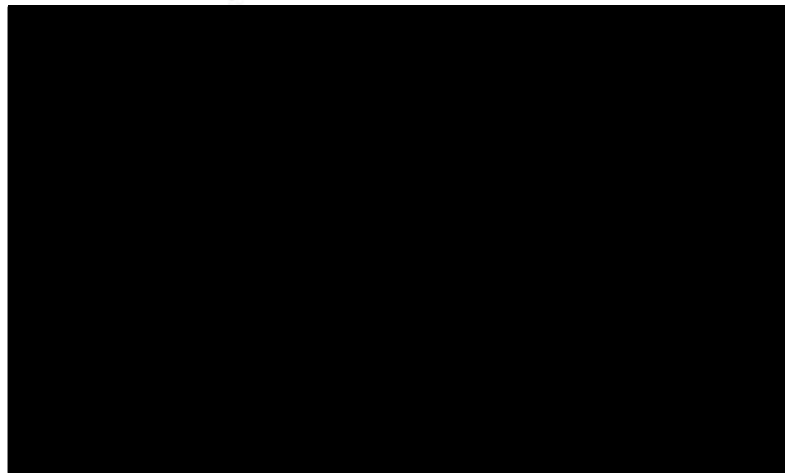
En consideración a la necesidad manifiesta de referida y a los antecedentes de salud, el profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social la compra de bolsas N°70, placas de colostomía N°70, (según se detalla en cotizaciones adjuntas). Se adjunta certificado médico con receta y cotizaciones.

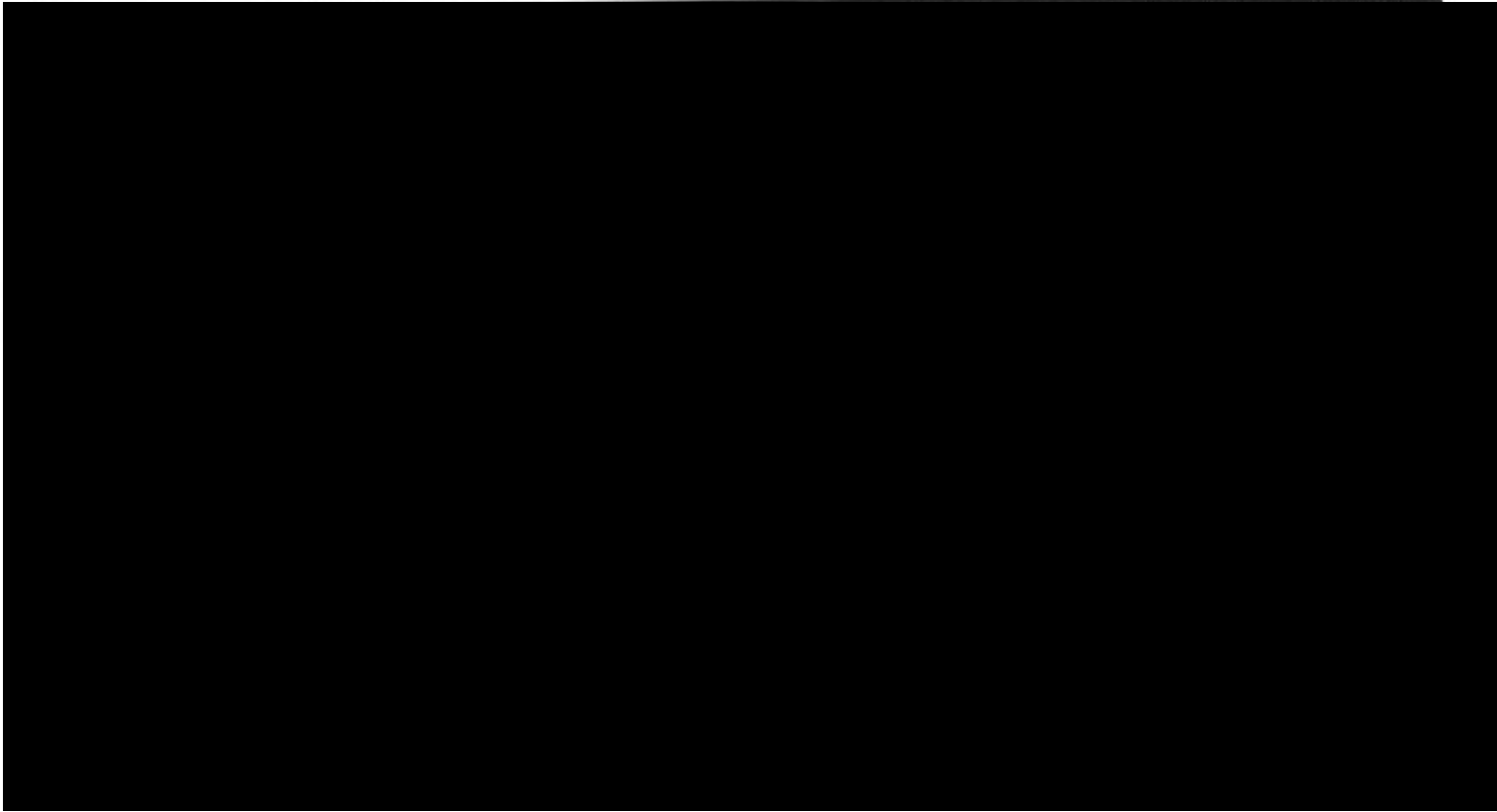
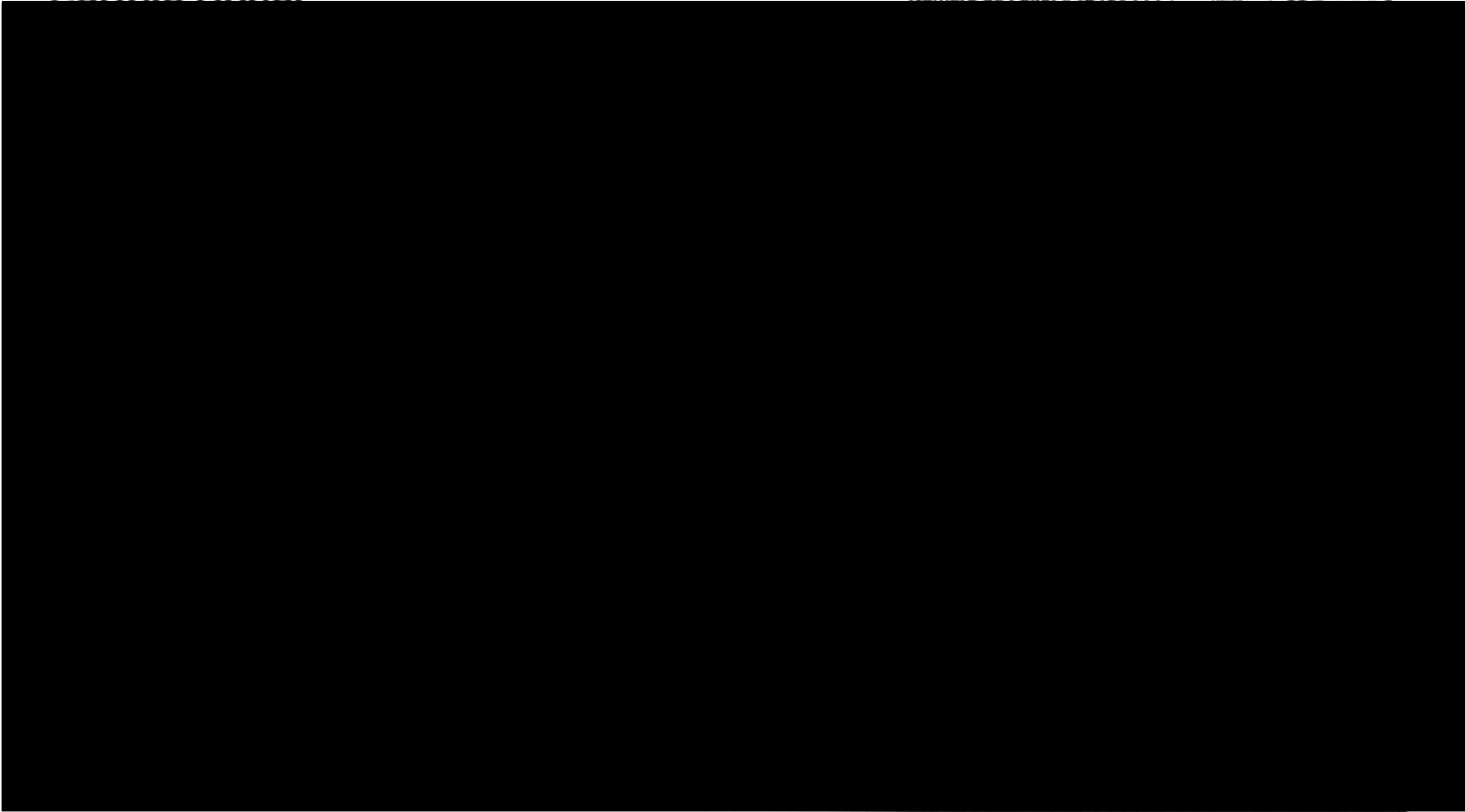
Usuaria de escasos recursos, presenta Registro Social de Hogares folio N° 42459444, ubicándose en tramo del 40%.

Sin otro particular, se despide cordialmente.


Felipe Zapata Burgos
Trabajador Social
Municipalidad de Conchalí.





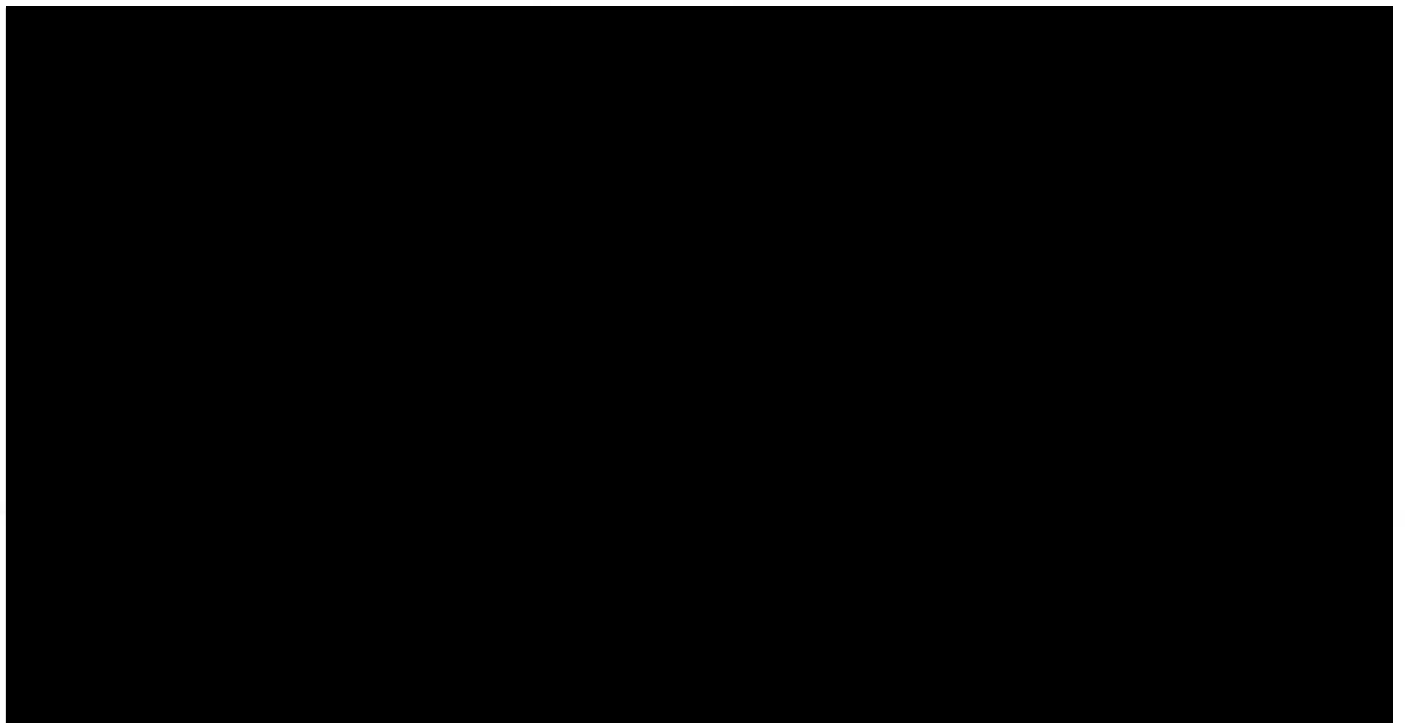


Esta cartola fue impresa el 8 de septiembre a las 09:48 hrs. desde la Plataforma Ciudadana.



INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
SERVICIO DE SALUD METROP. NORTE

INFORME MEDICO



Dr(a). MARTIN LUCAS BUCHHOLTZ FONTO
RUT: 10205586-1
CIRUGIA MISCELANEA
Instituto Nacional del Cáncer

Santiago, 31/03/2025



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

marlene.sotorizzo@gmail.com

COTIZACION N° 1.783

02-septiembre-2025

L3 Independencia

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-010	BOLSA 70 NATURA TRANSP 416422	20	2.513	50.260
014-057	PLACA 70 NATURA (125266)	20	3.916	78.320
014-033	PASTA STOMAHESIVE 183910	1	13.025	13.025
057-064	CAVILON SPRAY	1	11.597	11.597
SUBTOTAL				153.202
DESCUENTO				0
NETO				153.202
I.V.A.				29.108
TOTAL FINAL				182.310

Marlene Soto Rizzo
11.910.028-3
Av. Independencia 956



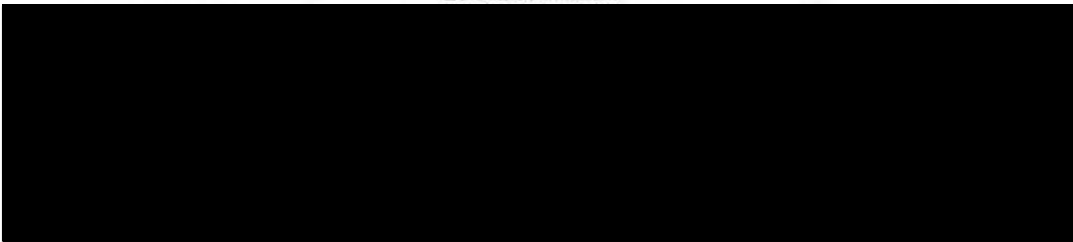
Comercializadora Martimed Limitada

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

martimed@gmail.com

COTIZACION N° 1.713
LI Santos dumontt

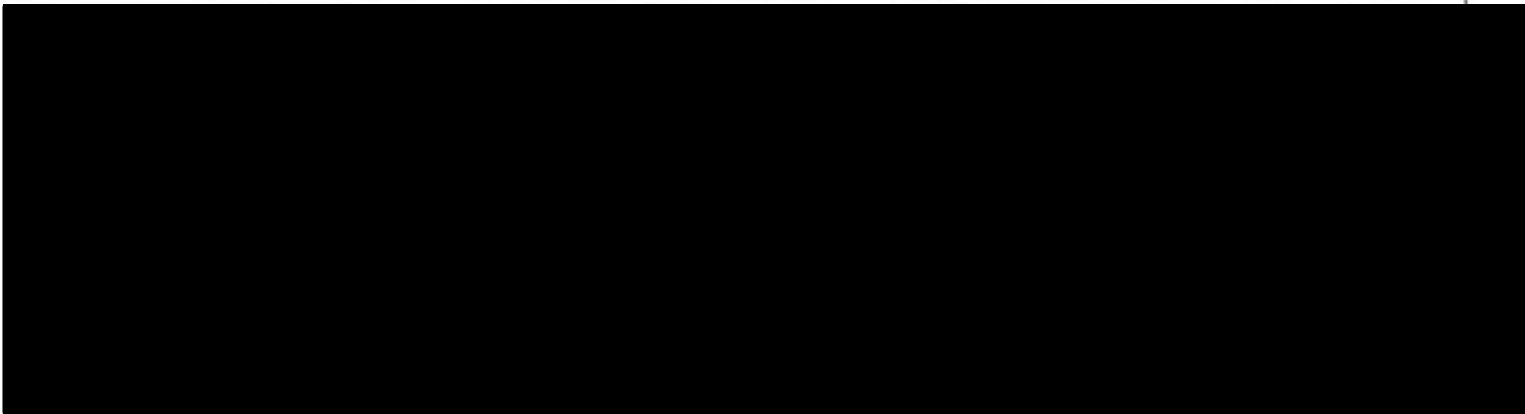
02-septiembre-2025



ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-057	PLACA 70 NATURA (125266)	20	3.445	68.900
014-058	416423 BOLSA 70 NATURA	20	2.101	42.020
014-033	183910 PASTA STOMAHESIVE	2	10.924	21.848
057-064	704331 CAVILON SPRAY	2	11.681	23.362
SUBTOTAL				156.130
DESCUENTO				0
NETO				156.130
I.V.A.				29.665
TOTAL FINAL				185.795

Comercializadora Martimed LTDA.
76.309.942-3
Carlos Lora Tobar 1030-B
Independencia
FONO: 227320031

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	311284	BOLSA DE COLESTOMIA	1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Evelyn Peña



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: FRANCISCA URYA

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


FIRMA BENEFICIARIO

FJ- 9.577.492-1C (Hermana).


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

R.U.T.: 76.309.942-3
COMERCIALIZADORA MARTIMED
LIMITADA
S.I.I. SANTIAGO NORTE
BOLETA ELECTRONICA: 127992
Giro: VENTA DE ARTICULOS ORTOPED
ICOS INSUMOS MEDICOS
Direccion: SANTOS DUMONT 1030-B
- INDEPENDENCIA
Emission: 27-11-2025
DETALLE
VARIOS 1X167.000 167.000
Neto \$ 140.336
IVA \$ 26.664
Total \$ 167.000



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

L1 Santos dumontt

Cliente

COMPROBANTE DE VENTA Nº
V/ 2 FARIAS

FECHA: 27-11-2025
DETALLE

CLIENTE:
R.U.T.:
DIRECCION:
COMUNA: CIUDAD:
PAIS :
TELEFONOS: /
TRANSPORTE:

CODIGO	COL.	PRECIO	TOTAL
014-018	125371 BOLSA 1	3.900	152.100
014-033	183910 PASTA STO	13.000	13.000
023-004	TELA COLOR PIEL	1.900	1.900

41 Prendas	SUBTOTAL:	167.000
	REDONDEO:	0
	TOTAL:	167.000

COMPROBANTE NO VALIDO COMO BOLETA
GRACIAS POR SU COMPRA



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 25 de septiembre 2025

INFORME SOCIAL

[Redacted content]

2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

[Redacted content]

3.- SITUACIÓN DE SALUD

[Redacted content]

4.-SITUACIÓN HABITACIONAL

[Redacted content]

5.- OPINIÓN PROFESIONAL

En consideración a la necesidad manifiesta del asistido, el profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social la compra de Bolsas Convatec, Crema Convatec y Tela Adhesiva. Se adjunta certificado médico, receta y cotizaciones.

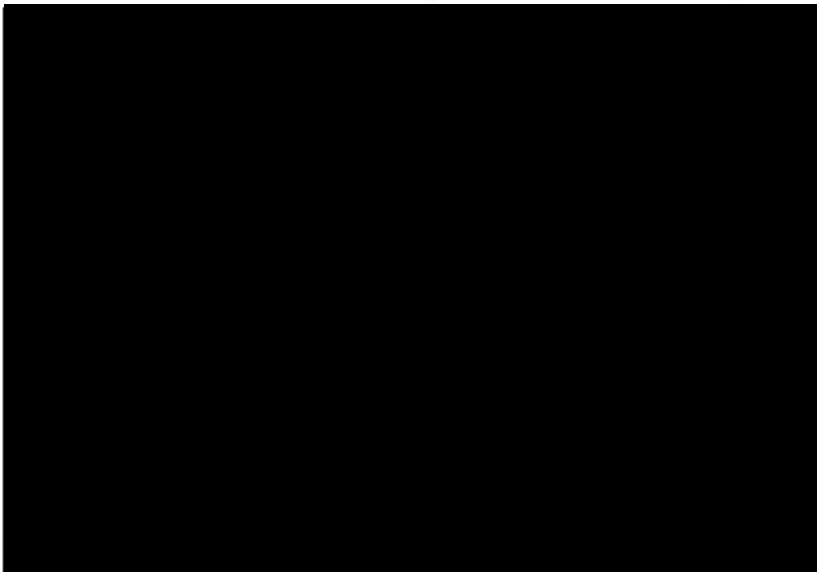
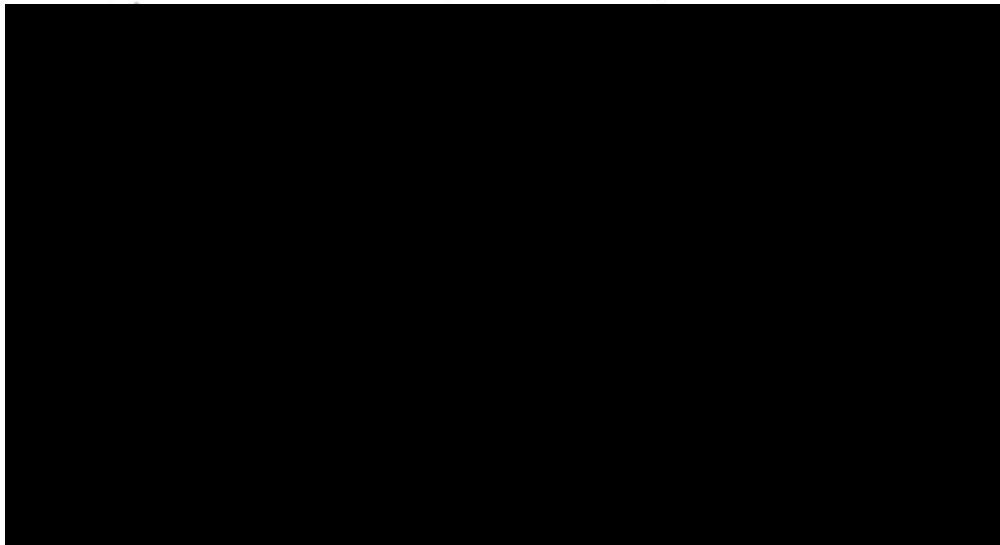
Presenta Registro Social de Hogares folio N° 54745458, ubicándose en tramo del 40%.

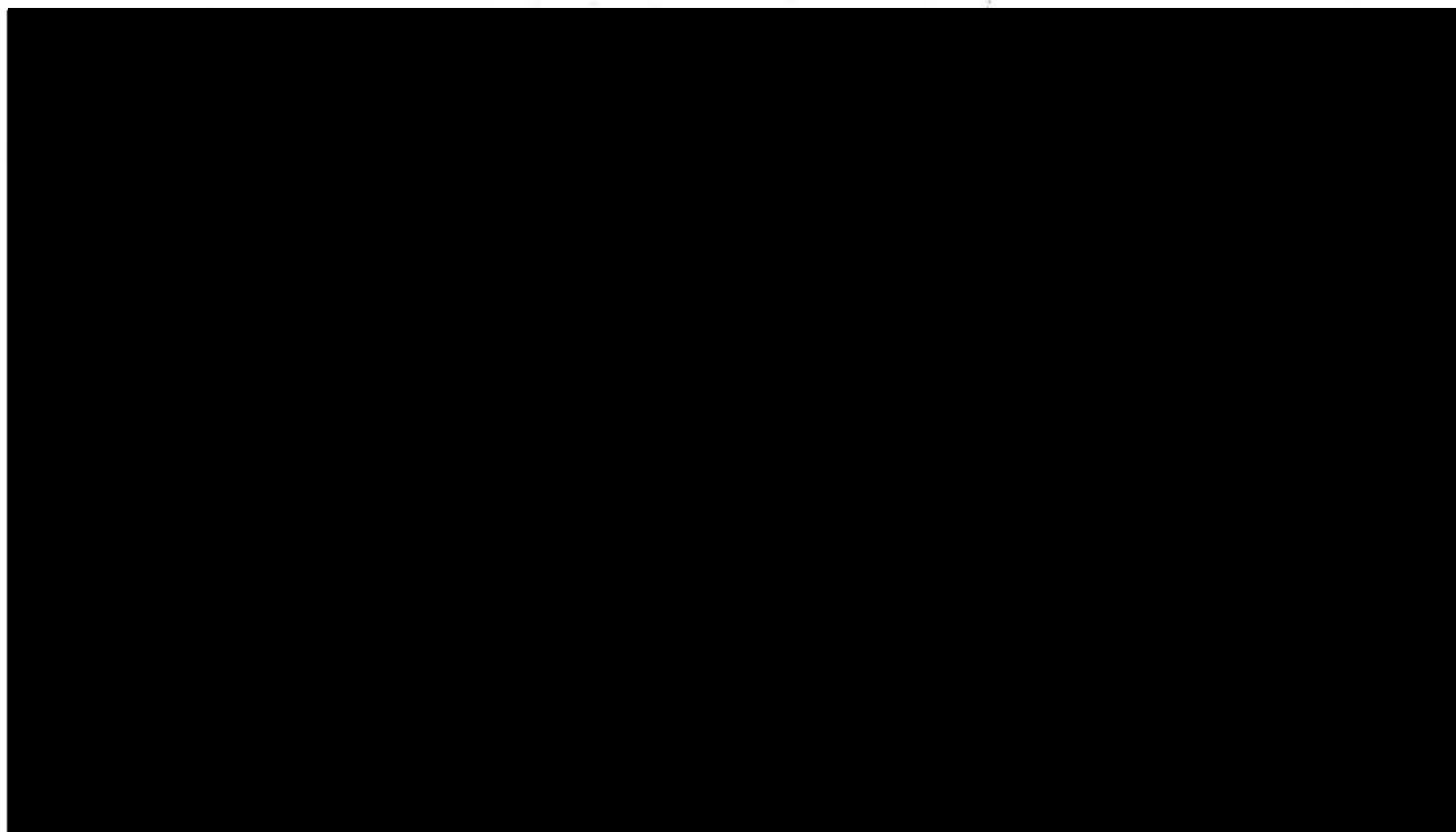
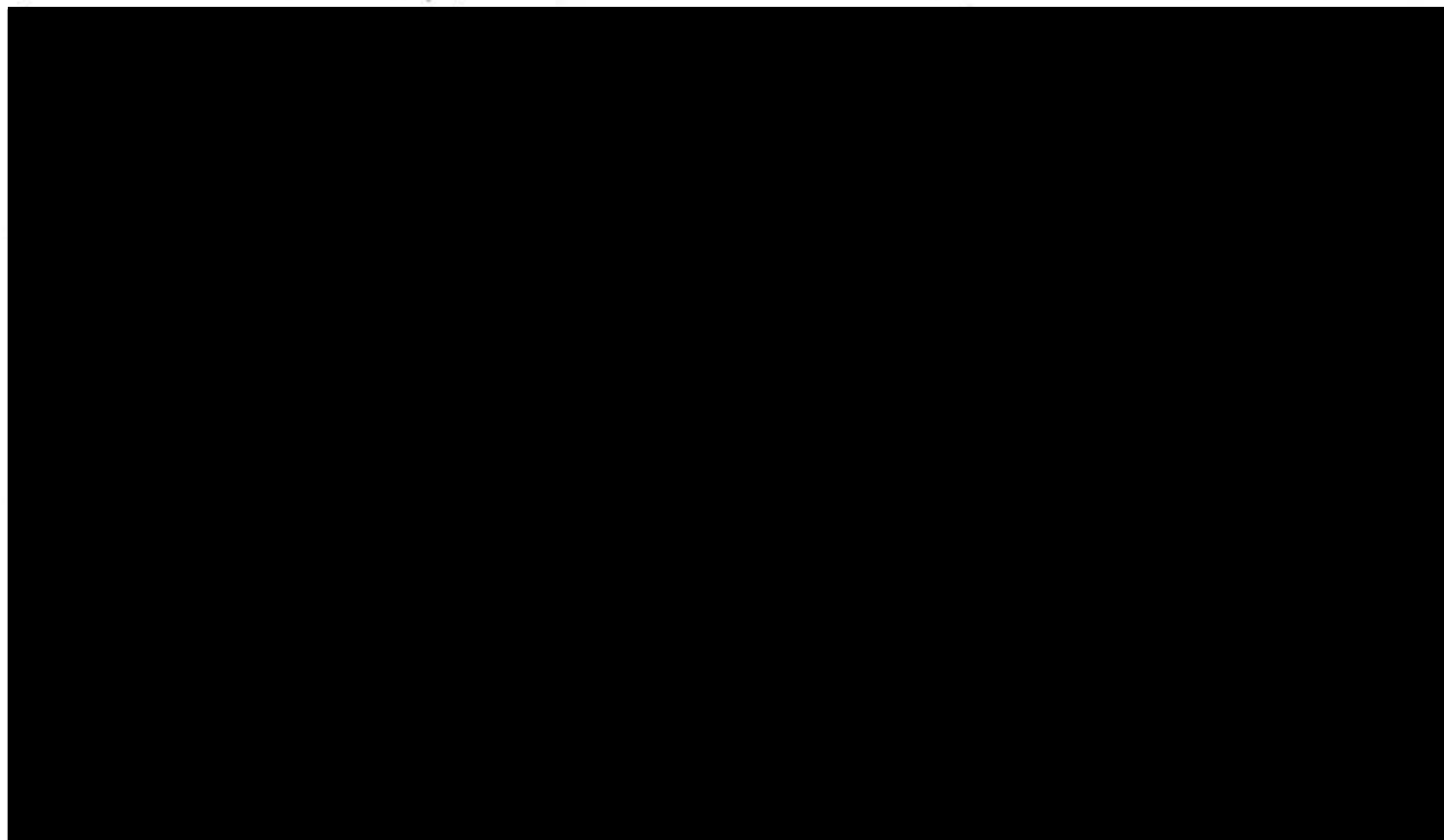
Es cuanto puedo informar, Atte.

RTA



FELIPE ZAPATA BURGOS
ASISTENTE SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ





Cartola Hogar

Número de Folio: #54745458



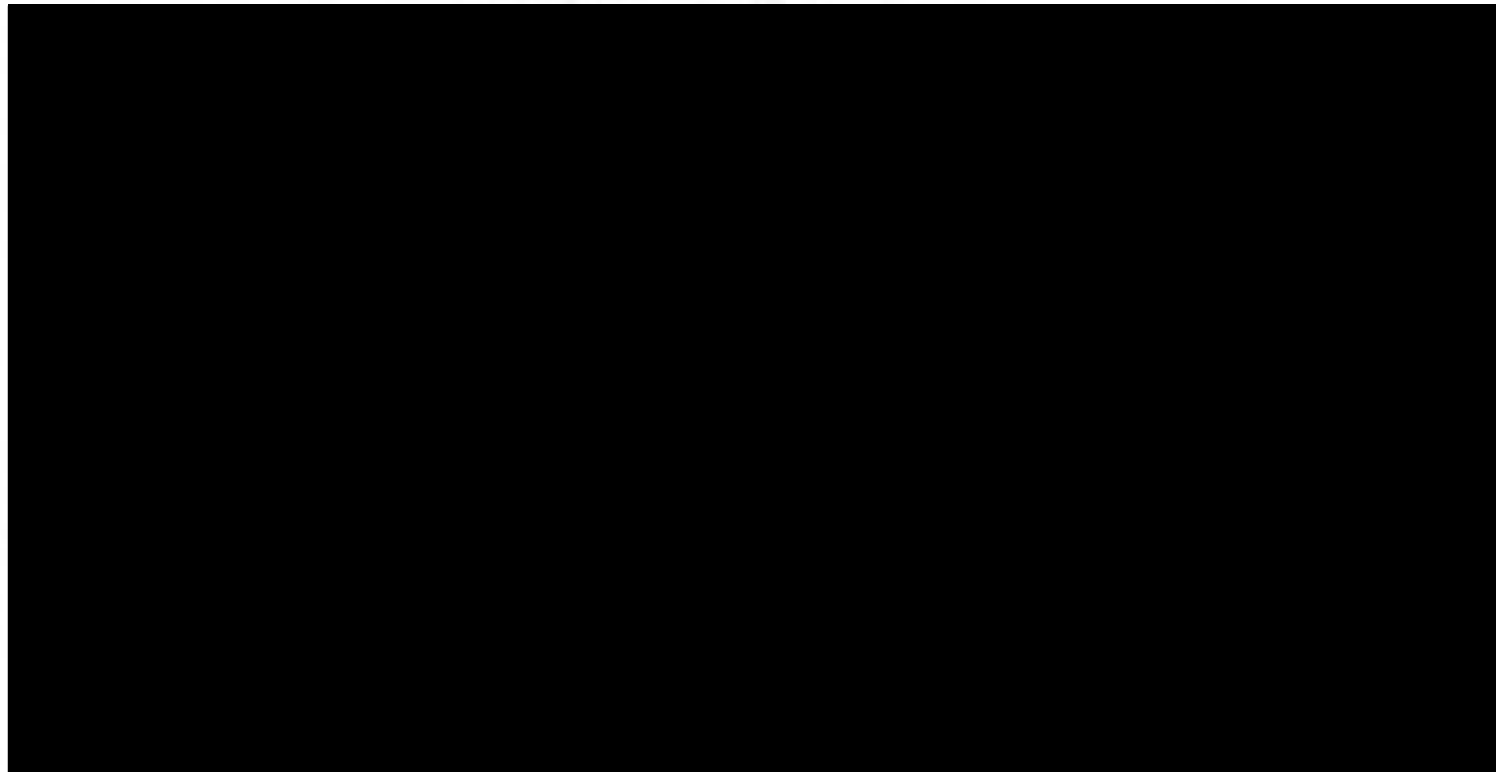
Registro

Esta cartola fue impresa el 25 de septiembre a las 09:18 hrs. desde la Plataforma Ciudadana.



Santiago, 24/09/2025

CERTIFICADO MEDICO



Se emite el certificado a petición de cuidadora principal (Janette Mellado) para ser presentado según estime pertinente.

DR. DANIEL YEPEZ
MEDICO CIRUJANO
RUT: 27.160.674-5

Dr. Daniel Yepez
RUT: 27.160.674-5
MAY 2025

Teniente Yávar 2491 esquina Barón de Juras Reales, Conchalí, Región Metropolitana.



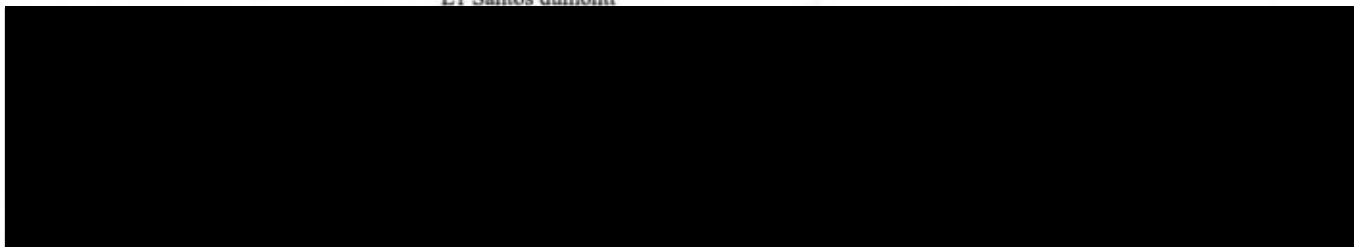
Comercializadora Martimed Limitada

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

martimed@gmail.com

COTIZACION N° 1.718
L1 Santos dumontt

24-septiembre-2025

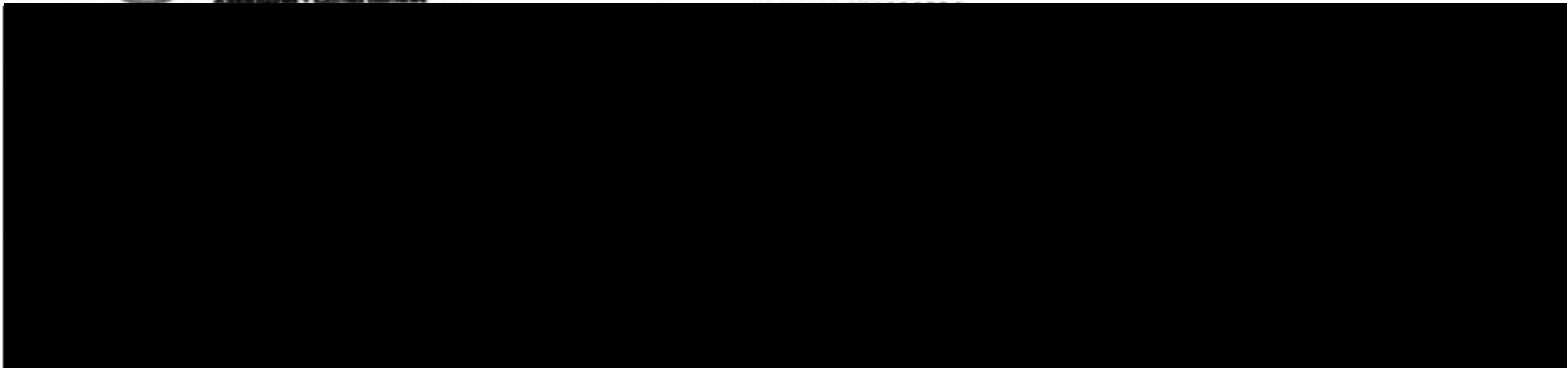


ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-018	125371 BOLSA 1 PZA 64	10	3.277	32.770
014-033	183910 PASTA STOMAHESIVE	1	10.924	10.924
023-004	TELA COLOR PIEL - BLANCA 5CM	1	1.597	1.597
SUBTOTAL				45.291
DESCUENTO				0
NETO				45.291
I.V.A.				8.605
TOTAL FINAL				53.896

Comercializadora Martimed LTDA.
76.309.942-3
Carlos Lorca Tobías 1030-B
Independencia
FONO: 227320031



Marlene Soto Rizzo
RUT: 11.910.028-3
INDEPENDENCIA 956
INDEPENDENCIA



ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-018	BOLSA 1 PZA 64 (125371)	10	3.445	34.450
014-033	PASTA STOMAHESIVE 183910	1	13.025	13.025
023-004	TELA COLOR PIEL - BLANCA 5CM	1	1.429	1.429
SUBTOTAL				48.904
DESCUENTO				0
NETO				48.904
I.V.A.				9.292
TOTAL FINAL				58.196

Marlene Soto Rizzo
11.910.028-3
Av. Independencia 956

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	312077	INFORME SOCIAL	(D	1	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Rocio Trejo



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 TAPATA

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.