

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

65 C

DECRETO N° 2940	IDDOC	867734
CONCHALI, 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

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 DIDEKO
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			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

R.U.T.

EGRESO N°

FECHA DE PAGO

FIRMA

V°B° TESORERO

RECIBI CONFORME

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO 0-3.890 18181454-3 PEÑA PAZ EVELYN ANDREA
FECHA 04/12/2025 GLOSA 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 VEAJAR NAVARRO
Rentas Municipales
Depto. 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

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



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
Dirección Desarrollo Comunitario
Departamento Asistencia Social

MEMO N° 45 /2025

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

CONTABILIDAD
21212025

Conchali; 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



FECHA:

VALOR UTM PERIODO DE RENDICION:

IDENTIFICACIÓN FUNCIONARIO A CARGO DEL FONDO

NOMBRE	EVELYN PEÑA PAZ
RUT	
DIRECCION	DIDEKO
DEPARTAMENTO O UNIDAD	DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
AUTORIZADO POR DECRETO EXENTO N°	515 DE FECHA 05/05/2025
MONTO GIRADO \$	1.043.130
DECRETO DE PAGO N°	2940 DE FECHA 12/11/2025
EGRESO N°	30-2836
CHEQUE N°	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 DOPPLER 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

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

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 CISTERNA, RUN 9.577.489-K	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES

 Firma y Timbre Responsable del Fondo	 Firma y Timbre Director.
FRANCISCA VEJAR NAVARRO Rentas Municipales Dept. 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	

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

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

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

TOTAL GASTOS	994.900
--------------	---------

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

Teresa Santibáñez 101
FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO



MEGASALUD S.A

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

R.U.T.: 96.942.400-2

**BOLETA EXENTA
ELECTRÓNICA**

Nº 10866274

S.I.I. - SANTIAGO

Fecha Emisión 20 Noviembre 2025

Nº De Orden de Atención

A0042573077

NOMBRE: [REDACTED]

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



Laboratorio Clínico



Imagenología



Clínica Dental



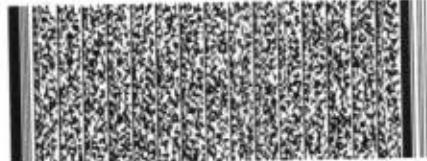
Especialidades Médicas

Monto Exento

30.210

Monto Total

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

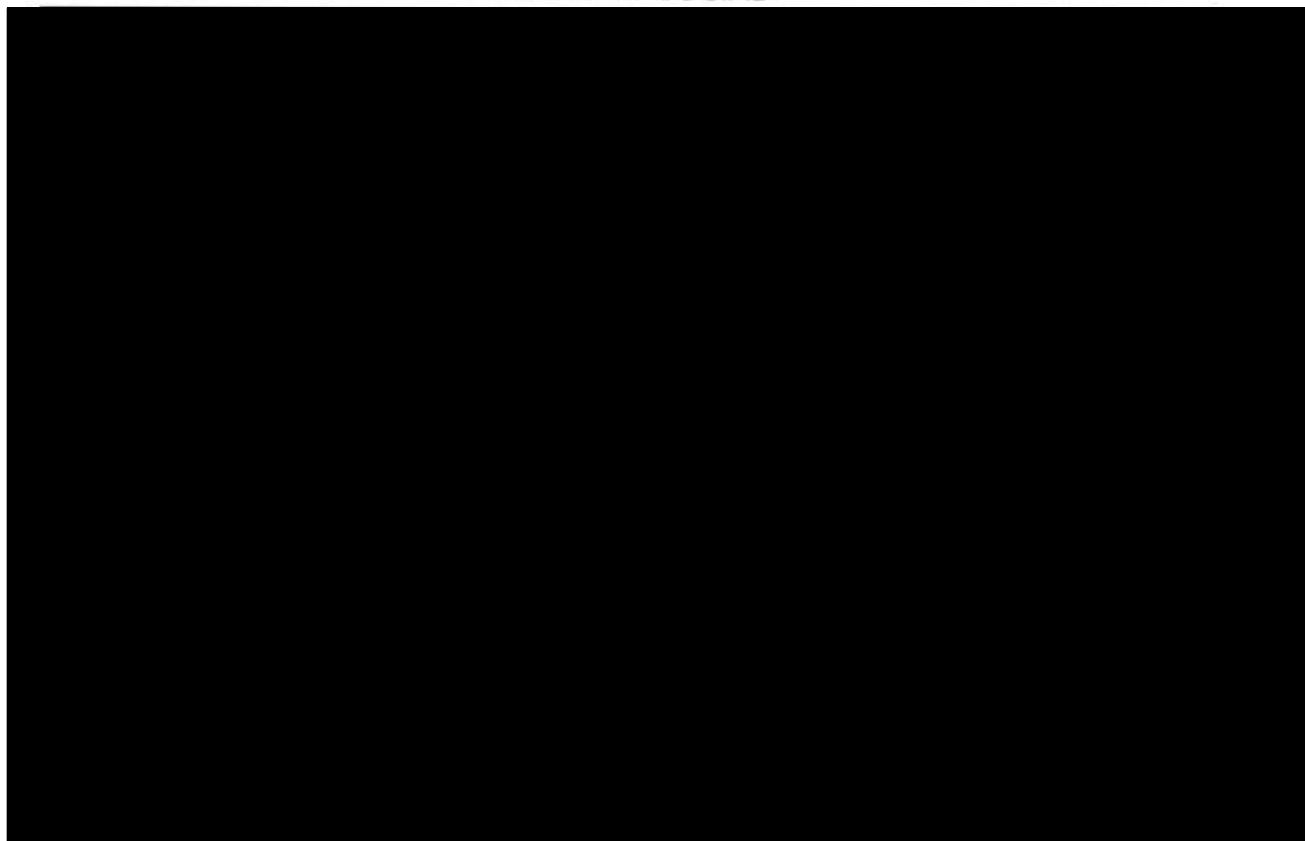




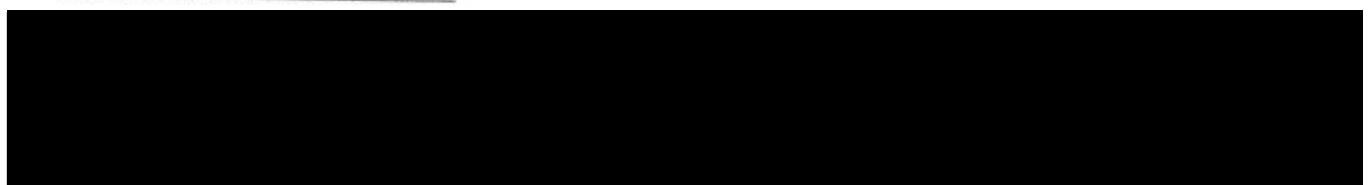
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 02 de septiembre 2025

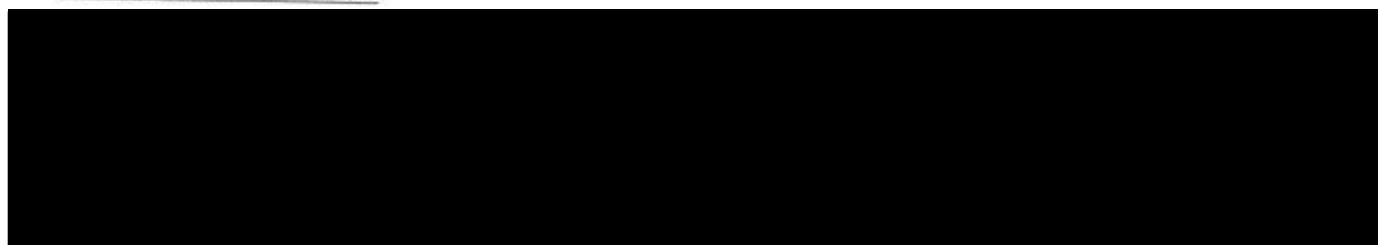
INFORME SOCIAL



3.- SITUACIÓN HABITACIONAL



4.- SITUACIÓN DE SALUD



5.-SITUACIÓN ACTUAL Y ECONOMICA



6.- OPINIÓN PROFESIONAL

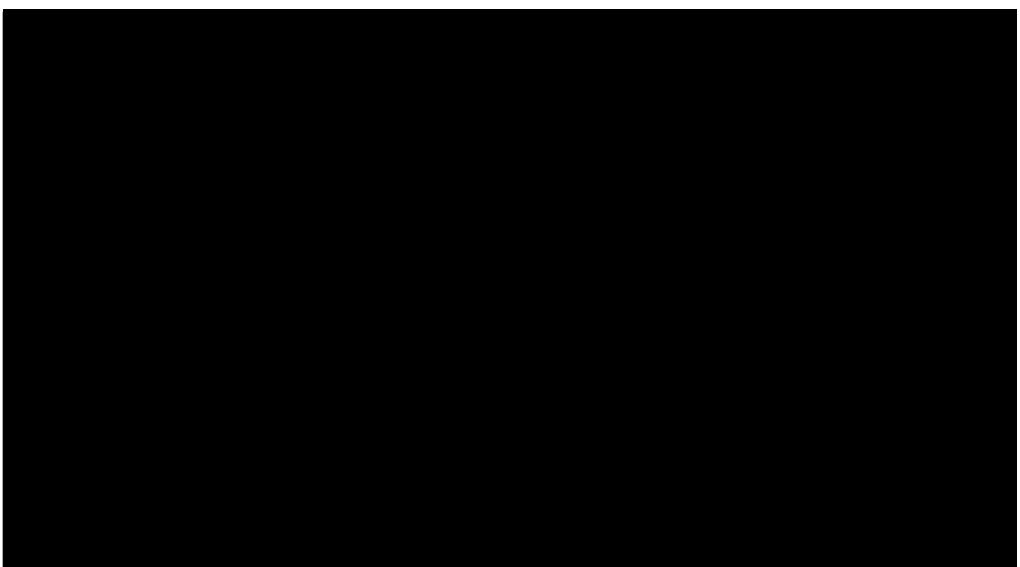
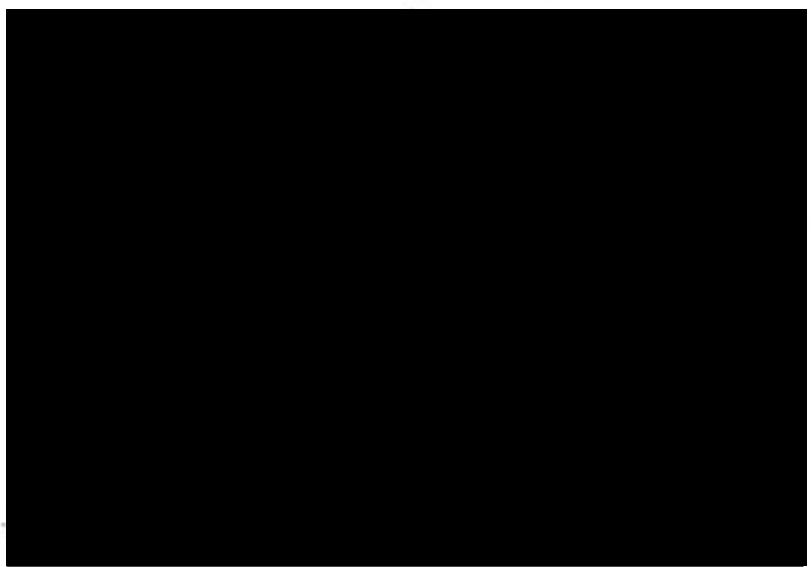
En virtud de los antecedentes expuestos, quien emite el presente informe social, corrobora que efectivamente los ingresos de este grupo familiar no son suficientes, teniendo en consideración de las complejidades del caso, se solicita al Departamento de Social con la ayuda para realizar un examen de ECOGRAFIA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



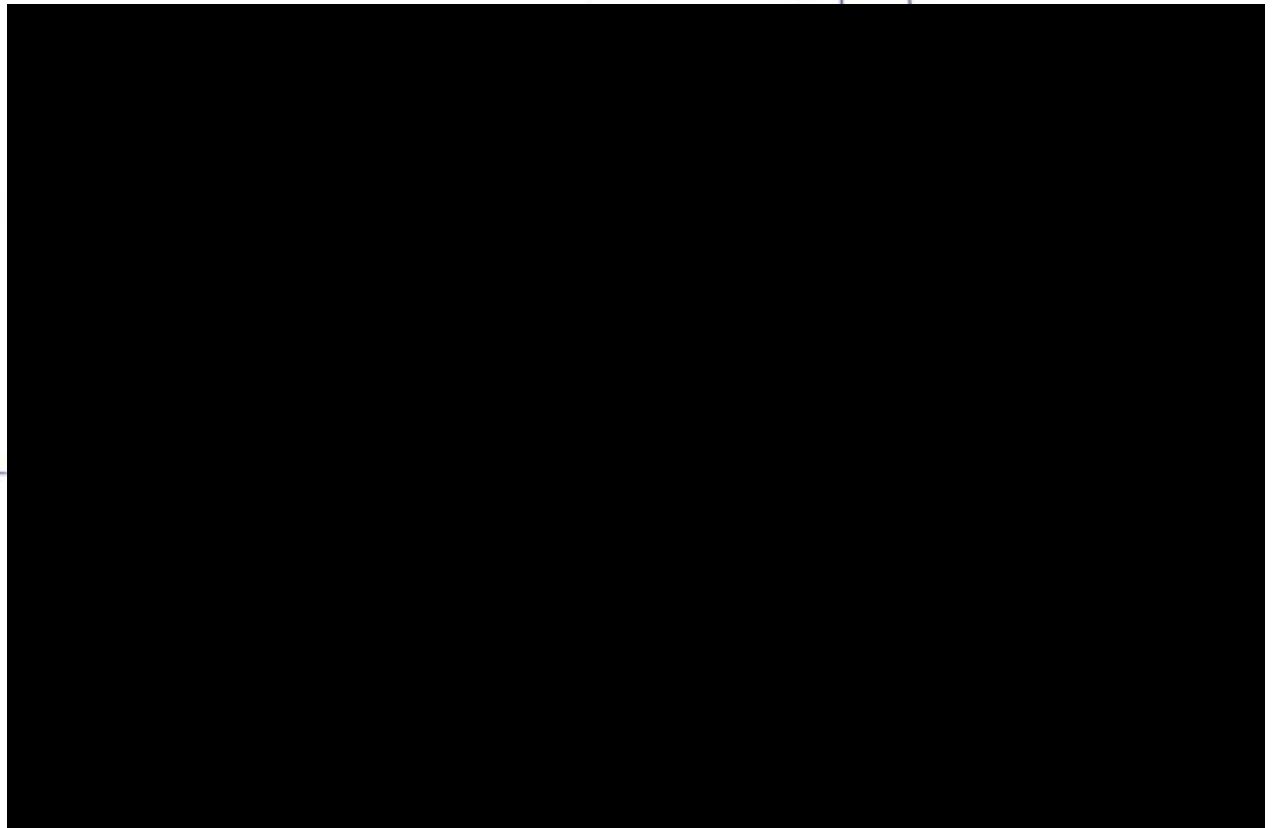
Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícate al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.

2611



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

RECETA MÉDICA



RCM: 54021-3

Firma Profesional Prescriptor



Presupuesto

--	--	--	--	--

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

Formas de pago:

débito-crédito-efectivo-transferencia

Observaciones:

sin preparación



Nº 2

TERESA SANTIBAÑEZ CAMPOS

FECHA: 01-09-2025

COTIZACION DE EXAMENES

PARA EL CENTRO MEDICO ES UN PLACER ATENDERLO Y CONTAR CON SU FIDELIDAD

TODA LA INFORMACIÓN PUEDE ESTAR SUjeta A CAMBIOS POR ACTUALIZACION DE PRECIOS POR ADMINISTRACION O FONASA

Palomino y Astudillo L.
R.U.T.: 89.439.400-5
Calle 122 - Col. Lázaro Cárdenas, 122

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.

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

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



Romel Boenif

FIRMA BENEFICIARIO



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DEPTO. DE ASIST. SOCIAL

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

JORGE GIDI Y MARTA MENDEZ LIMITADA**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 9790

RUT: 76.189.224-KGIRO(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 entregar 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

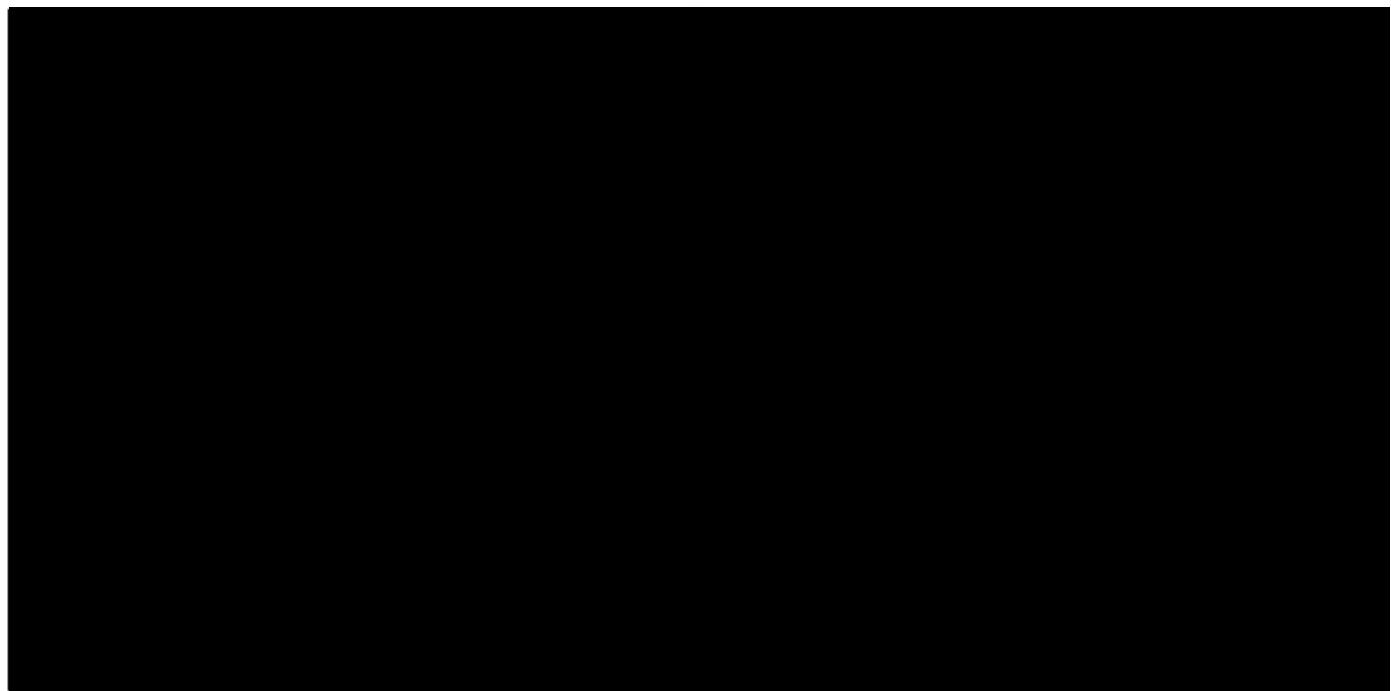
Firmado electrónica por BASAI CERON PAMELA JOHANNA | Auditoria BONO-N6LK-1L3U-PGYK



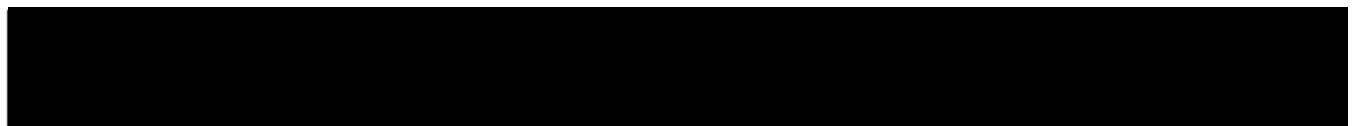
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 10 de Septiembre de 2025

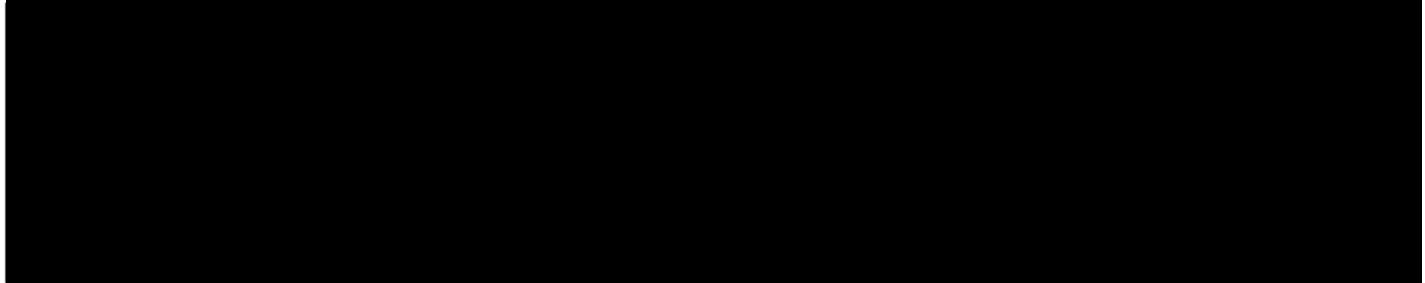
INFORME SOCIAL



II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR



III. SITUACIÓN HABITACIONAL



IV. SITUACIÓN DE SALUD

[REDACTED]

V. SITUACIÓN ACTUAL Y ECONÓMICA

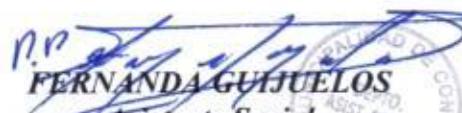
[REDACTED]

VI. OPINION PROFESIONAL

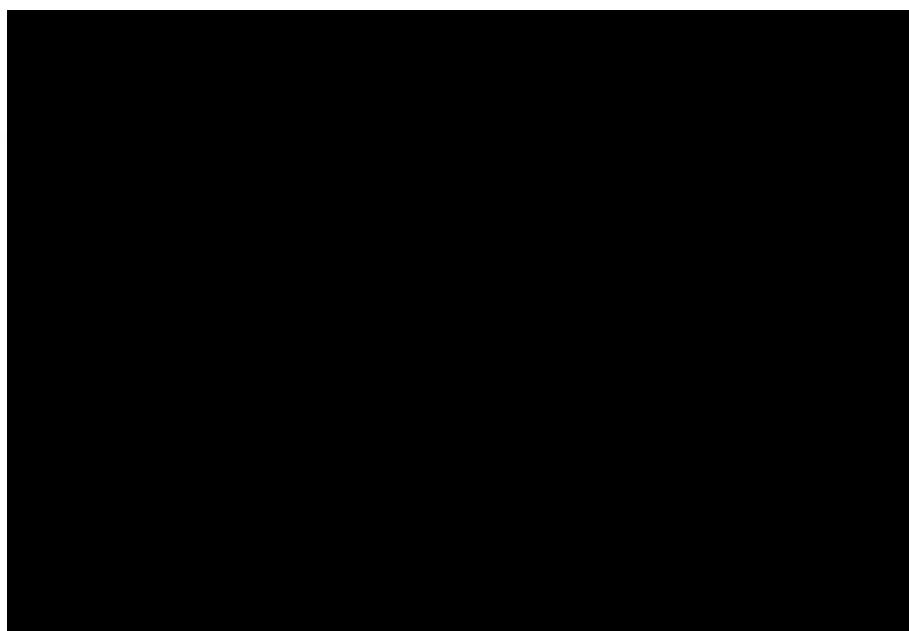
En virtud a los antecedentes expuestos y la necesidad que manifiesta de individualizada, la profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social la cobertura total o parcial del costo por solicitud de examen "**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON TEST DE UREASA**", se adjunta orden médica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

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

Es cuanto puedo informar, Atte.


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

CA.



Establecimiento: **ESTABELECIMIENTO EDUCATIVO CIRIACO ALEMÁN**

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 la 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.

Día Mes Año
Fecha Solicitud

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 resolutividad ?

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 AUGE ? Especificar Problema

NO SI

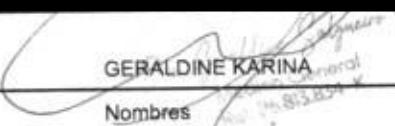
Prioridad: Normal

Fundamentos Clínicos:

DATOS DEL (LA) PROFESIONAL

SALGUEIRO

APAZA


GERALDINE KARINA

Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

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

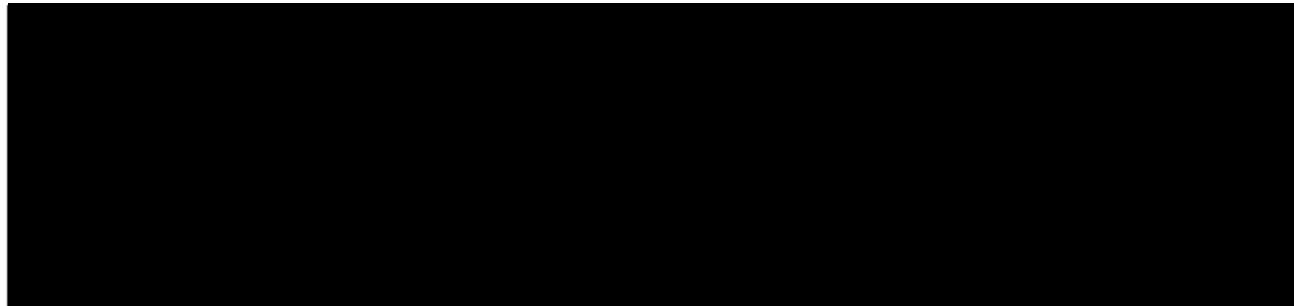
INTEGRAMEDICA S.A.
76.098.454-K


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.-

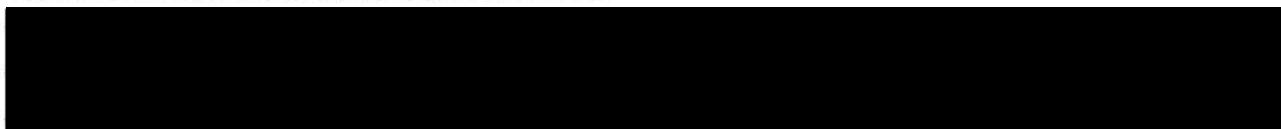
204 160

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 \$41.080 y 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.

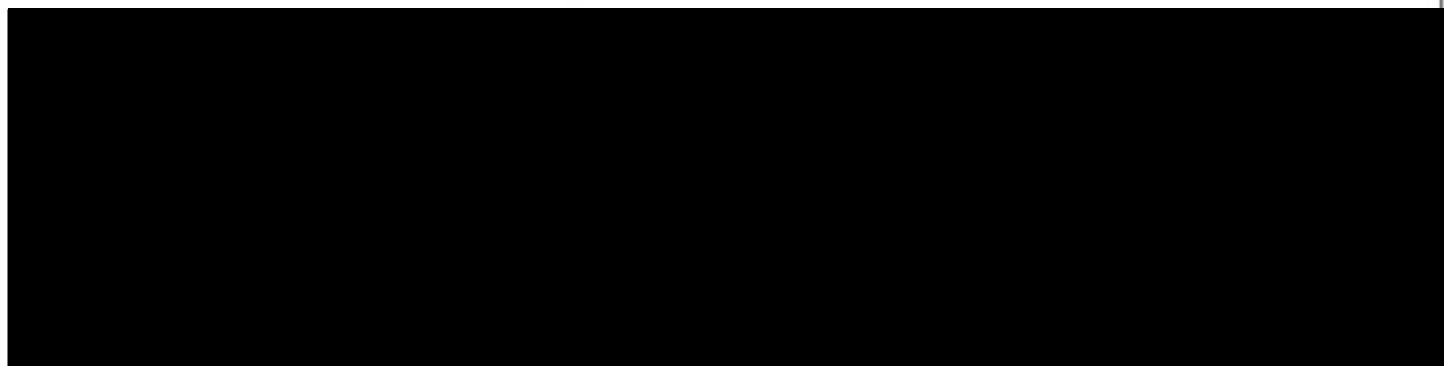
Llamar a los teléfonos para reservar la hora. La agenda se abre 2 días antes.

Para otras consultas comunicarse por teléfono o al correo contacto@sendoscopicos.cl

Avda. Independencia 1002

Tel: 22 735 11 71 - 22 737 18 97 - Cel: 9 6609 6816 - 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 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: *PEREIRA CRISTINA*

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



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

Fondo Nacional De Salud**BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA****954371070**

Convenio: 13063 - Redsalud Conchali Medico

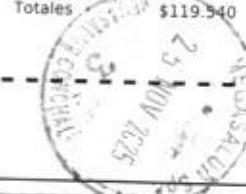
Fecha Emisión: 2025-11-25

Hora: 10:50:34

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

PRESTACIÓN

		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
1701045	1 ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR	\$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

Fondo Nacional De Salud**BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA****954371833**

Convenio: 13063 - Redsalud Conchali Medico

Fecha Emisión: 2025-11-25

Hora: 10:53:00

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
1701009	1 MONITOREO DE PRESIÓN 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-QXWV

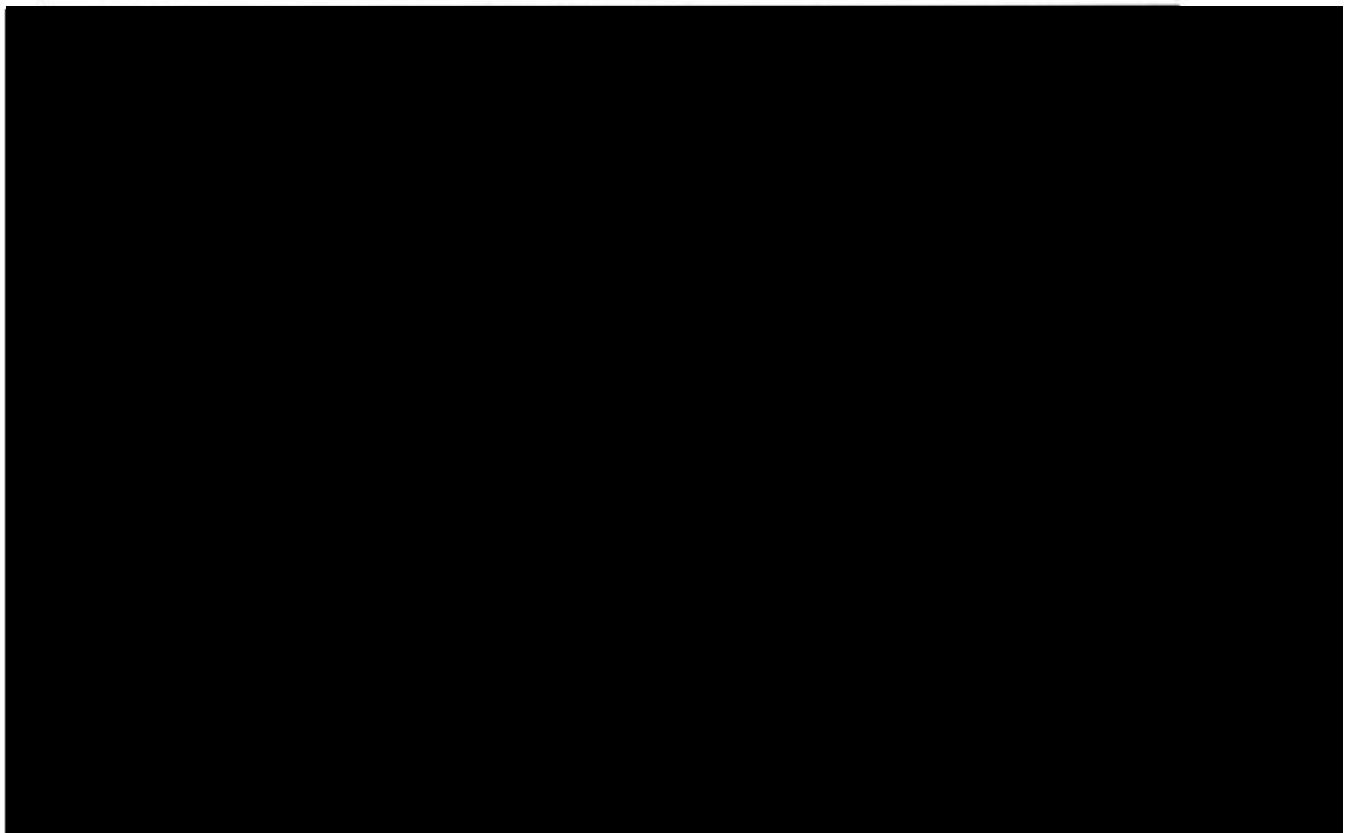




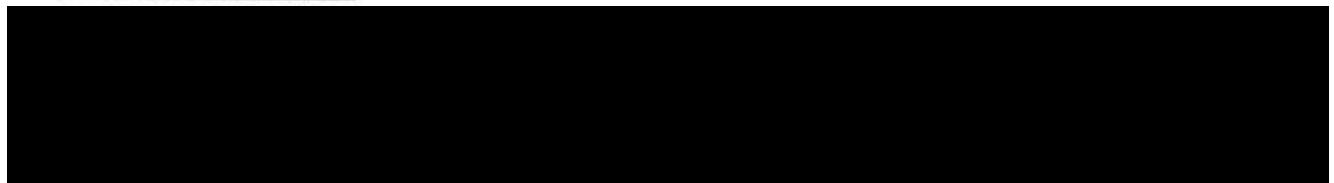
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 11 de septiembre 2025

INFORME SOCIAL



3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL



5.- OPINIÓN PROFESIONAL

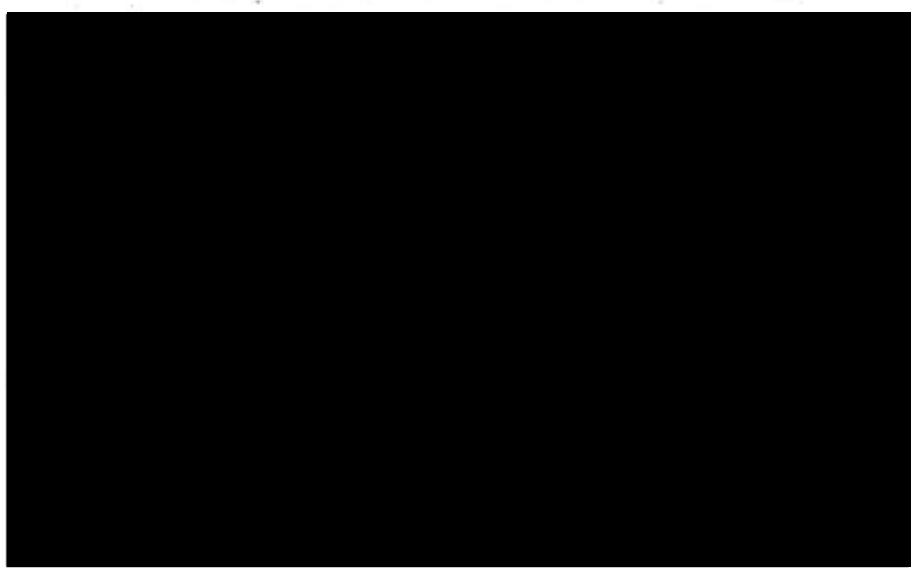
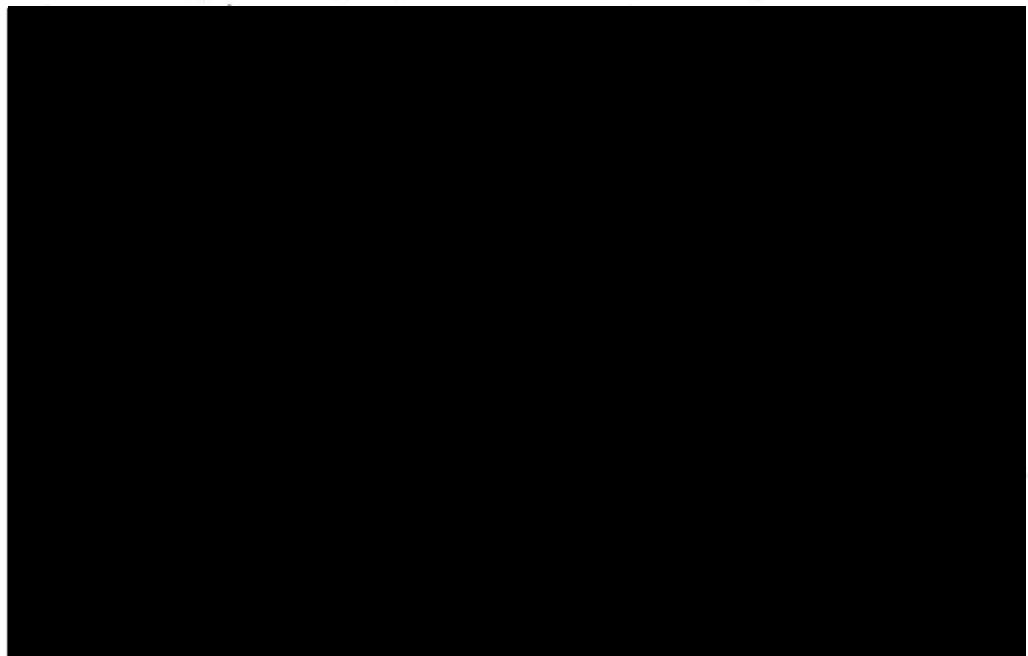
En consideración a la necesidad manifiesta de la asistida, la profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social el pago de examen médico Ecocardiograma, Holter Presión Arterial y Electrocardiograma. Se adjunta cert. Médico, solicitud y cotizaciones.

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

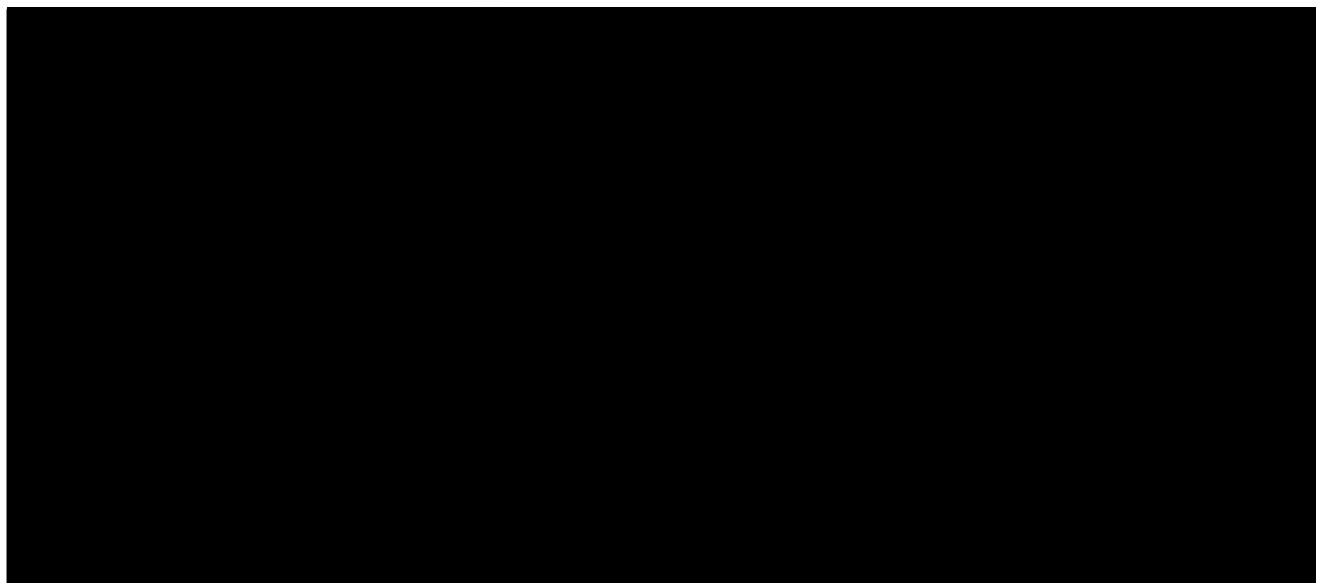


¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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
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

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



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
Nº DE PRESUPUESTO: 1012113



EXÁMENES

CODIGO	DESCRIPCIÓN	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

[REDACTED]

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


INTEGRAMEDICA 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:

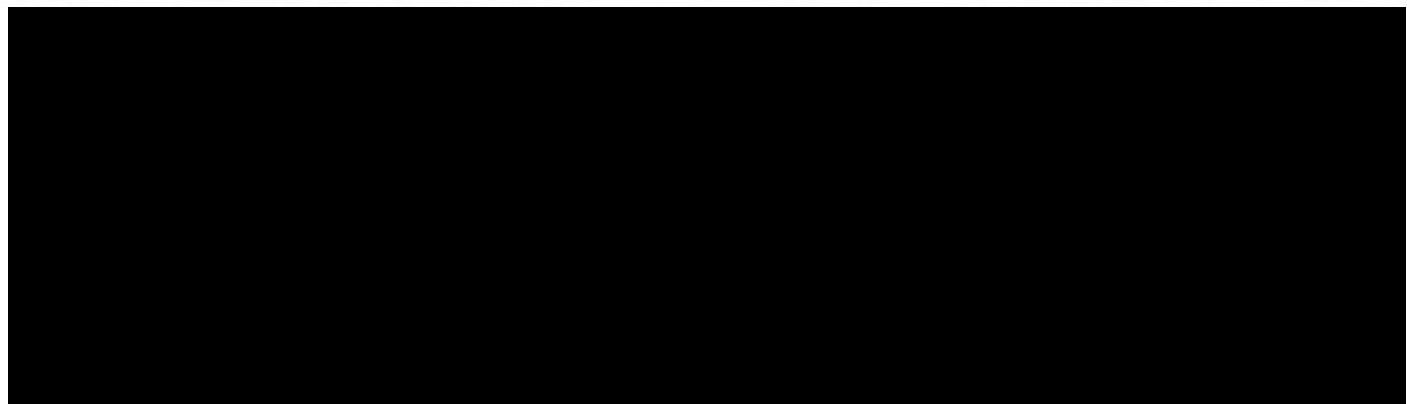
Ecocradiograma	\$82.180
Holter Presion Arterial	\$27.000
Electrocardiograma	\$8.230



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: *PERLINE MARATA*

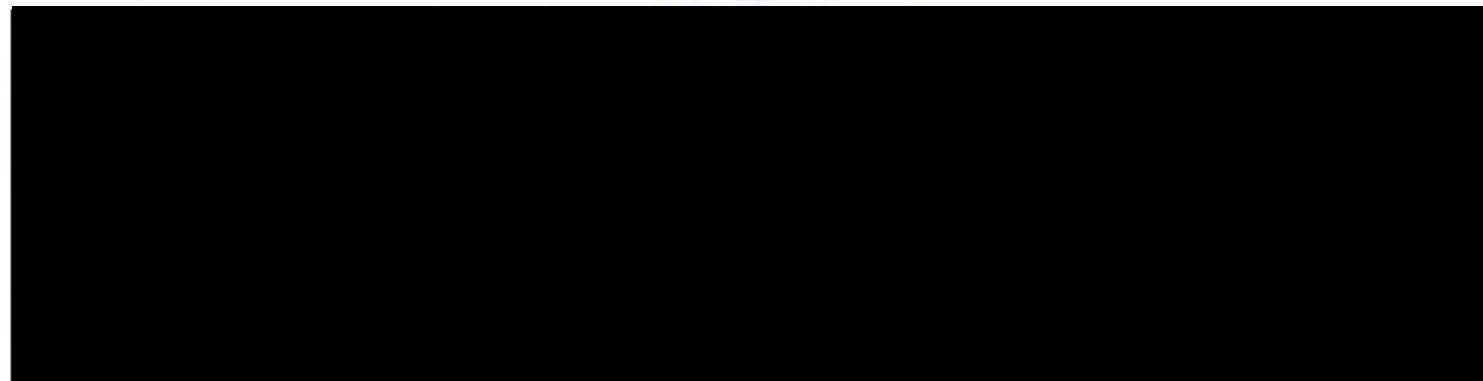
FIRMA: *Fotografía*

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



Gladys

PIRMA 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



PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0403008 1 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMN 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
				A Pagar: \$ 124460

Detalles otras bonificaciones***MEDIOS DE PAGO****

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

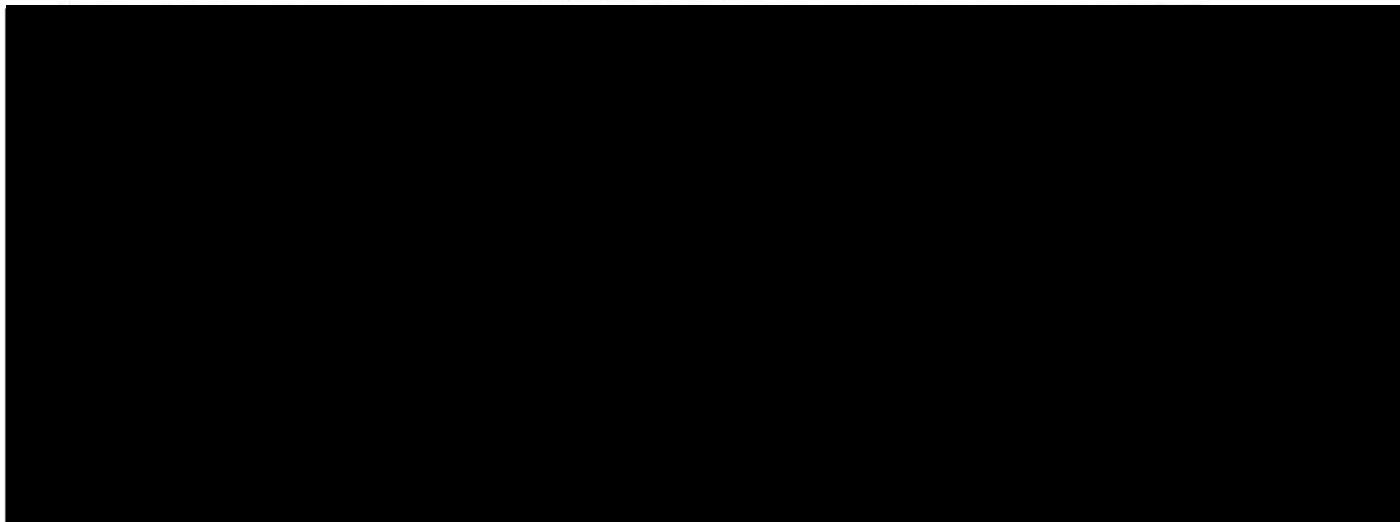
Firmado electrónica por IBARRA PINA GLADYS DEL CARMEN | Auditoria BONO-N1LK-EXKH-RU85



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 09/09/ 2025

INFORME SOCIAL



2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

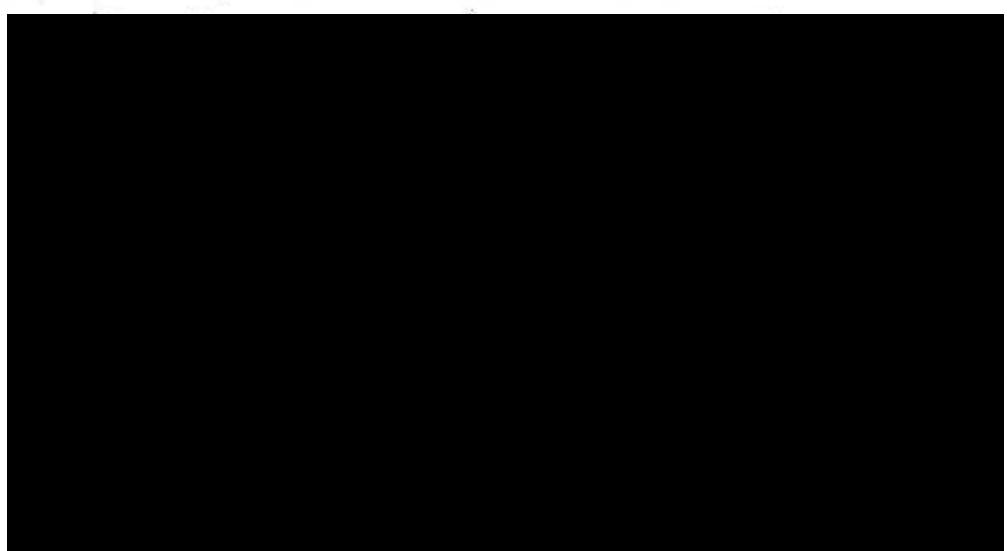
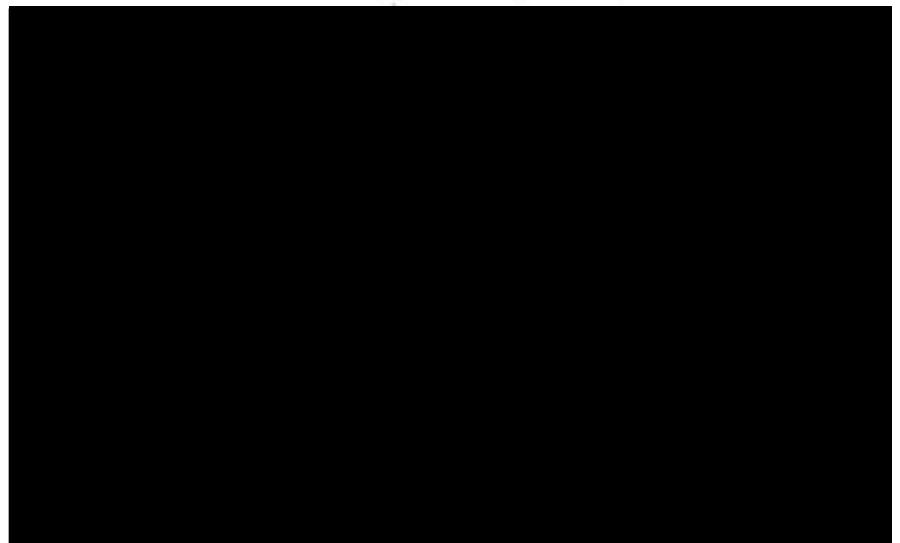


3.- SITUACIÓN DE SALUD



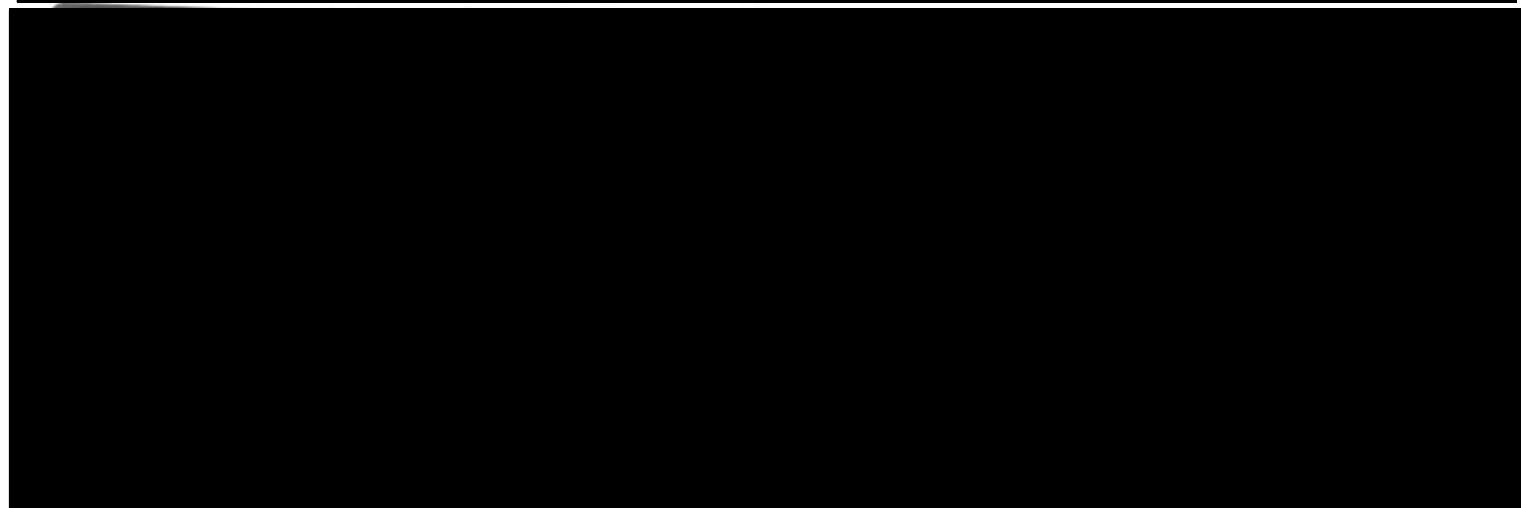
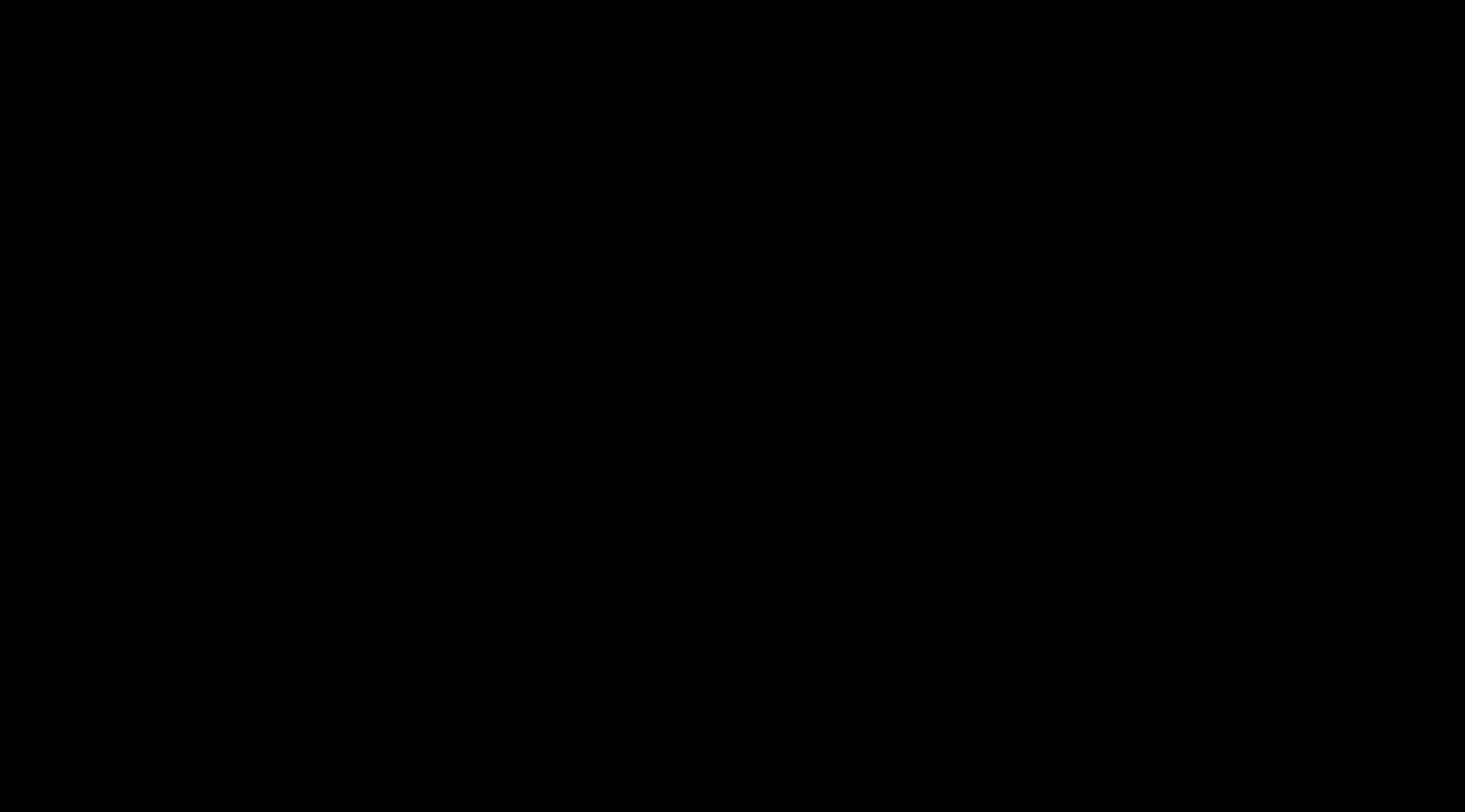
4.-SITUACIÓN HABITACIONAL





Cartola Hogar

Ministerio de Desarrollo Social y Familia



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 Atlende. 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		

Nancy
Firma profesional

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



Santiago, 02 de septiembre de 2025

SRES: CESFAM DR LUCAS SIERRA

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_COLUMNAS_CERVICAS_TAC	1	43.540	87.080
		Totales:	\$77.790	\$155.580

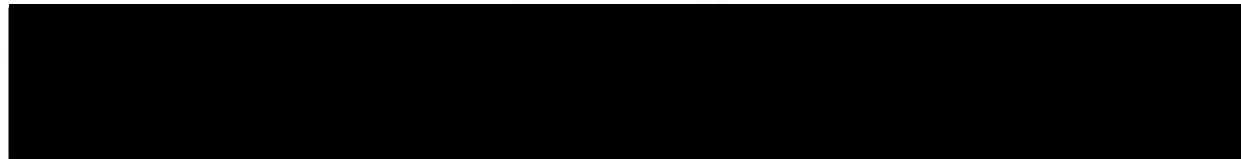
Lebsocenter. cl



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	\$67.480		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	\$68.990		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: *Fernanda*

FIRMA: *Hoy 19/9/20*

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

Prestacion

1101010	ELECTROMIOGRAFIAS CUALQUIER REGION, POR	N	2	50.940	15.920	35.020
1101012	Velocidad de conducción nerviosa (incluir)	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 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

[REDACTED]

2.- SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA

[REDACTED]

3.- SITUACIÓN DE SALUD

[REDACTED]

4.-SITUACIÓN HABITACIONAL

[REDACTED]

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 exámen:

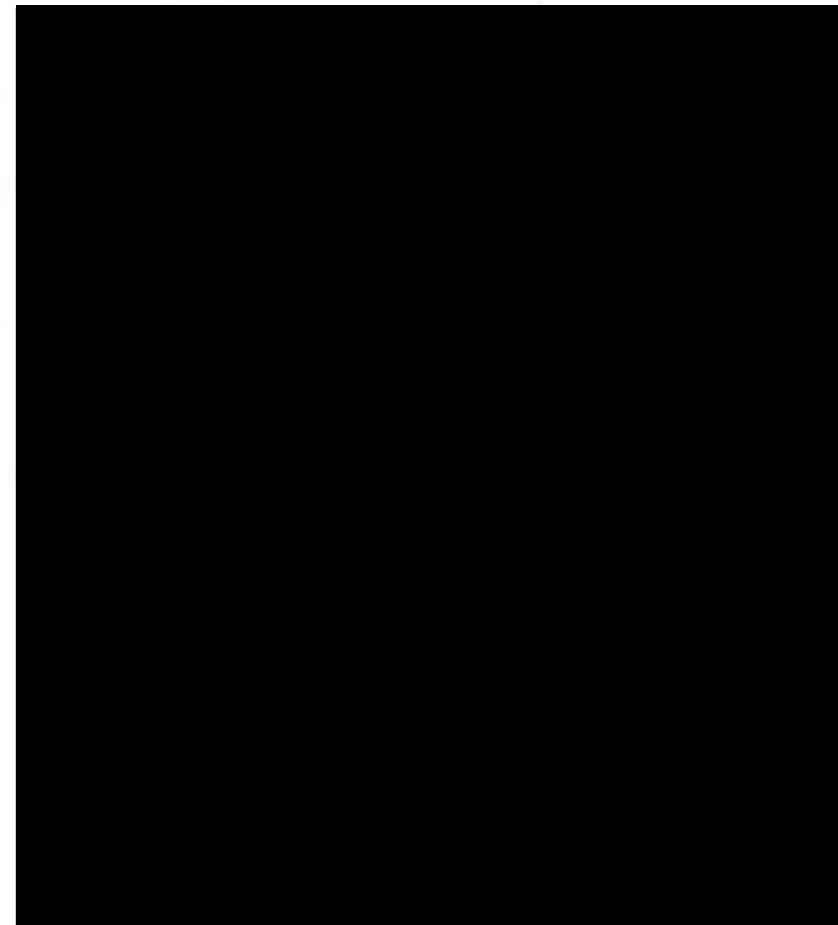
- Electromiografías

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 comunícate 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

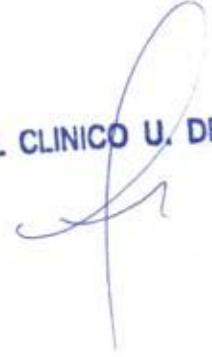
PRESUPUESTO AMBULATORIO**ESTIMADO PACIENTE :**

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 corresponda.

YAMILE ALEJANDRA ROJAS ADASME
NOMBRE FUNCIONARIO

HOSPITAL CLINICO U. DE CHILE



Presupuesto AMBULATORIO

CUCHICAL CLINICA DÁVILA

Dávila

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	HÁBIL (\$)	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. Despues 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 Pino*

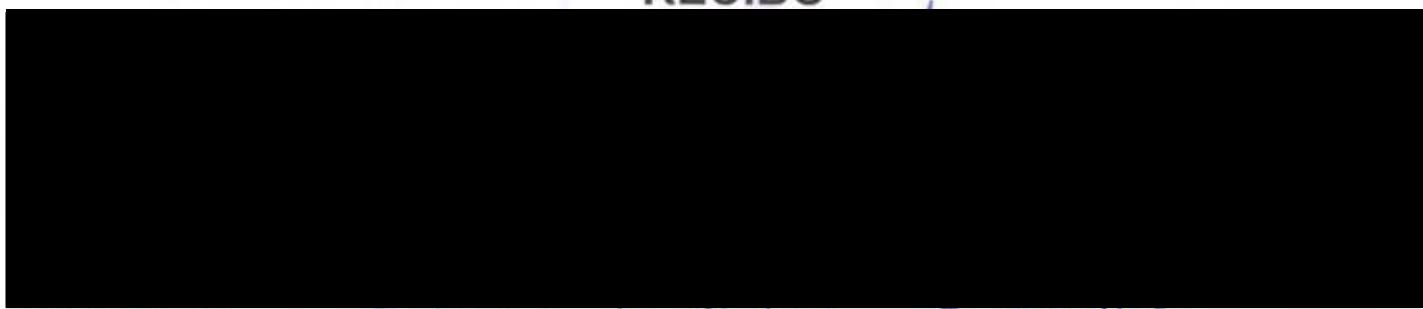
FIRMA:

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)

Malvina Vilela
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: Egaita 268

Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE

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

Boleta Electronica Nro.: 22437435

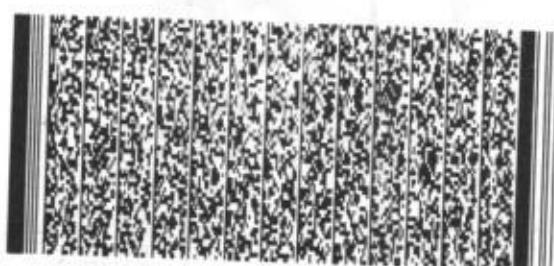
Fecha Emision: 21-11-2025

Boleta de Referencia: Comune:INDEPENDENC

Descripcion	Codigo	Cant.	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 este boleta es \$3.535

FAR:INDEPENDEN VEN:BERNARDA VERA



Timbre Electronico S.I.I.

Resol. 80 del 2014

Verifique Doc : www.facturacion.cl/ecofermec/boleta



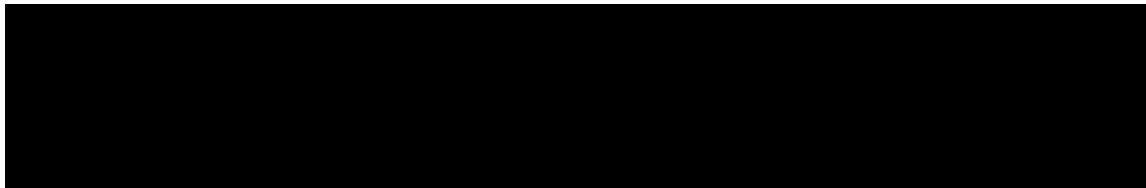
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 19 de noviembre 2025

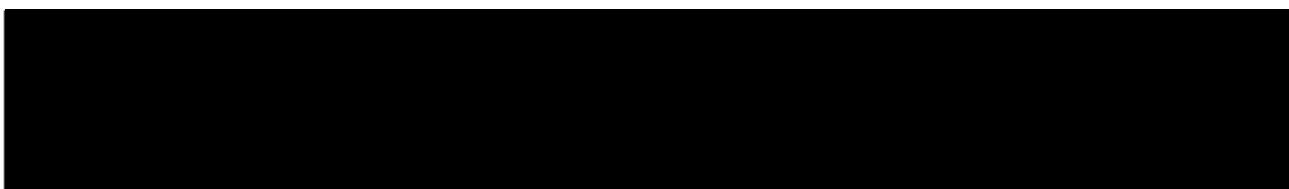
INFORME SOCIAL



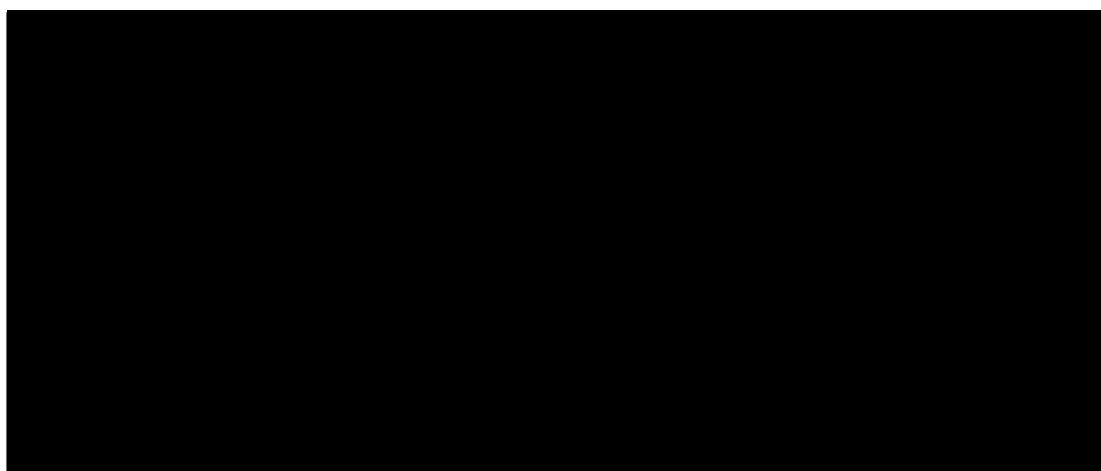
2.- GRUPO FAMILIAR



3.- SITUACIÓN HABITACIONAL



4.- SITUACIÓN DE SALUD



V.-SITUACIÓN ACTUAL Y ECONOMICA

[REDACTED]

VI.- OPINIÓN PROFESIONAL

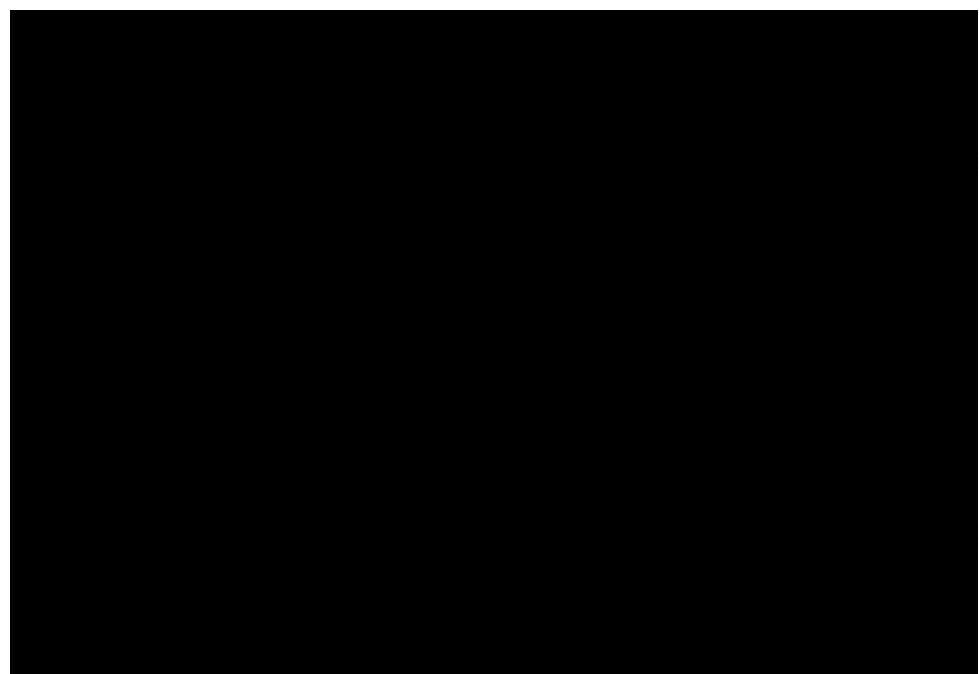
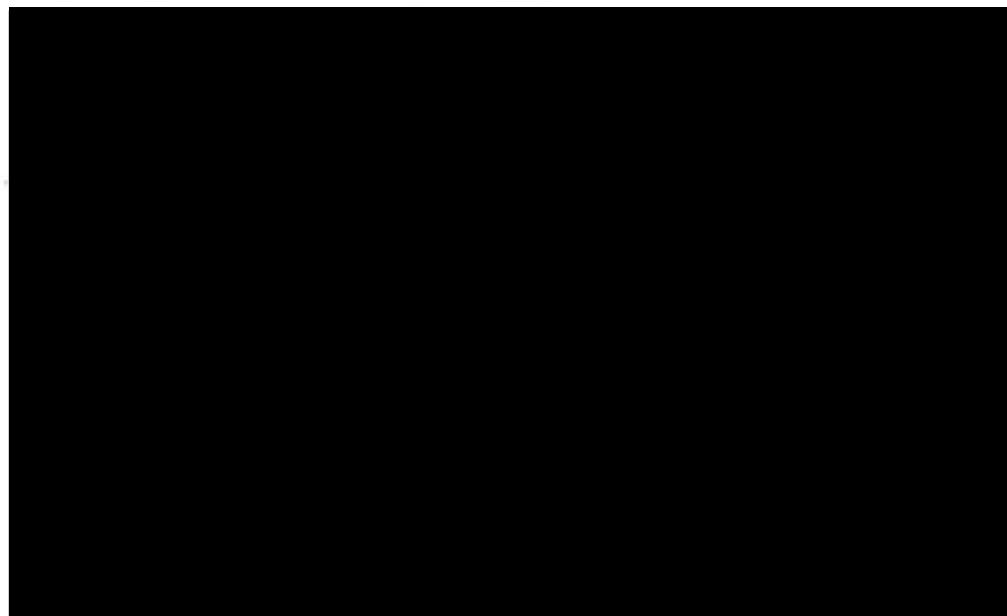
En virtud de los antecedentes expuestos, quien emite el presente informe social, corrobora que efectivamente los ingresos de este grupo familiar no son suficientes, teniendo en consideración de las complejidades del caso, se solicita al Departamento de Social con la ayuda para compra de medicamentos.

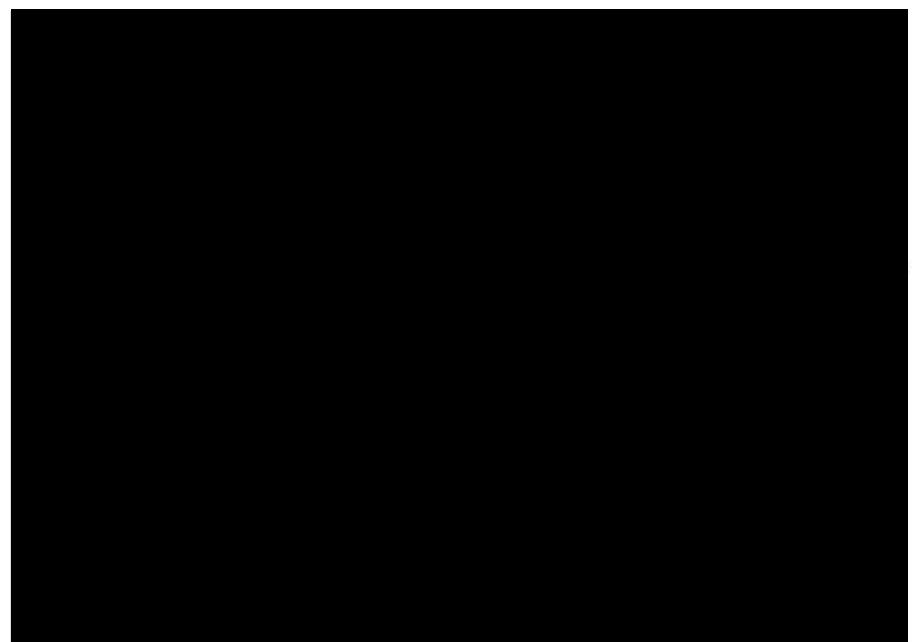
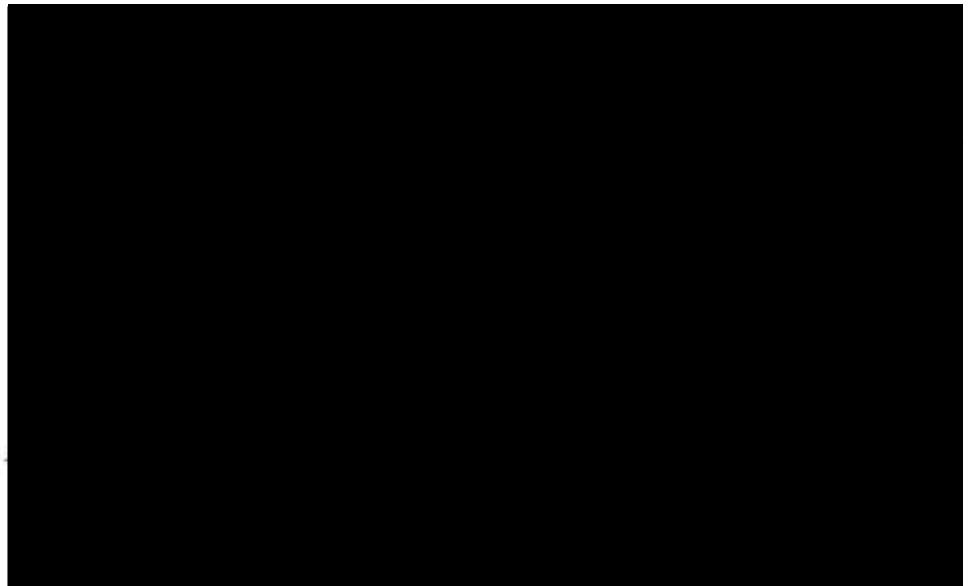
Es cuanto puedo informar, Atte.



EVELYN PEÑA PAZ
TRABAJADOR SOCIAL
DEPARTAMENTO SOCIAL

AOD





10

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.



1548403

RECETA

Nº de días de Prescripción _____ obligatorios

USO DE FARMACIA			Medicamentos	Indicación
Código	Cant.	Unid.		
			<p>Tamulosin (Sulix)</p> <p>0,9 mg 1 dia + 30 dia</p> <p>= 1 coj.</p> <p>+ 3 noche</p> <p>H</p> <p>el</p>	

Maths

Media
17.994.207-L

RCMP 39849-7

IMPRENTA VERSAL - BAGDAD 1470 - FONO: 224923084

Mapuel Villanueva Figueroa

Médico Cirujano

17.994.207-0

COTIZACION

Local: 280-
Emision: 24/07/2025

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALO
1	SULIX CAP.0,4ML.60	30.190	30.19

TOTAL \$ 30.19



Autix x 60
\$ 7.990

ECO
Farmacias
Victoria Canales y Cia Ltda.
73.610.730-8
Av. Independencia 1012-1014, local A, Independencia

Julia

\$ 30.200

SALCOBRAND S.A.
RUT: 76.031.071-9
Av. Ind. Independencia N° 002 y 906
Teléfono (+56) 2444 0612

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 Conchalí
Dirección Desarrollo Comunitario
Departamento de Asistencia Social

DECLARACION PROFESIONAL TRATANTE

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

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

Son motivos de abstención los siguientes:

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

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

NOMBRE: EVELYN PEÑA PAZ

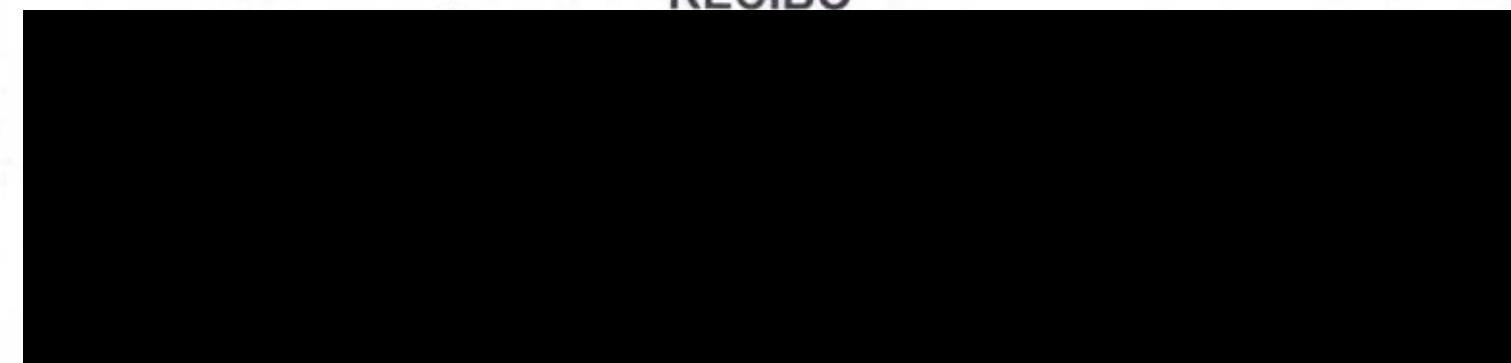
FIRMA:

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




FIRMA BENEFICIARIO

(PROGRAMA ASISTENCIAL)



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA LTDA.
RUT: 79.610.730-8

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

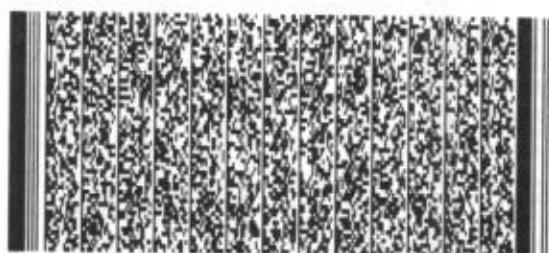
CASA MATERIZ: Egata 268
Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE
Sucursal Emision: AV. INDEPENDENCIA 1012-1014, LOCAL A

Boleta Electronica Nro.: 22437432
Fecha Emision: 21-11-2025
Boleta de Referencia: Comuna:INDEPENDENC

Descripcion	Codigo	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/ecofermec/boleta

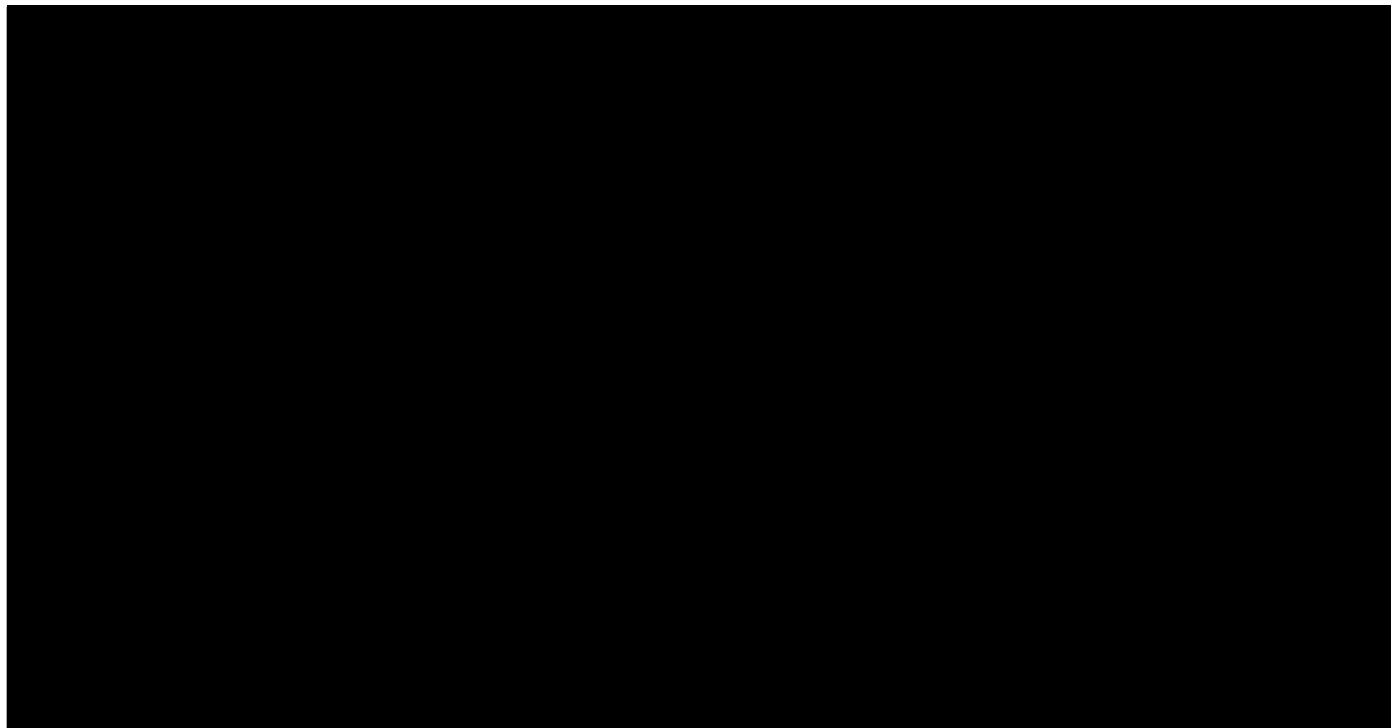


CONCHALÍ
UNIDOS POR EL BIEN COMÚN
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

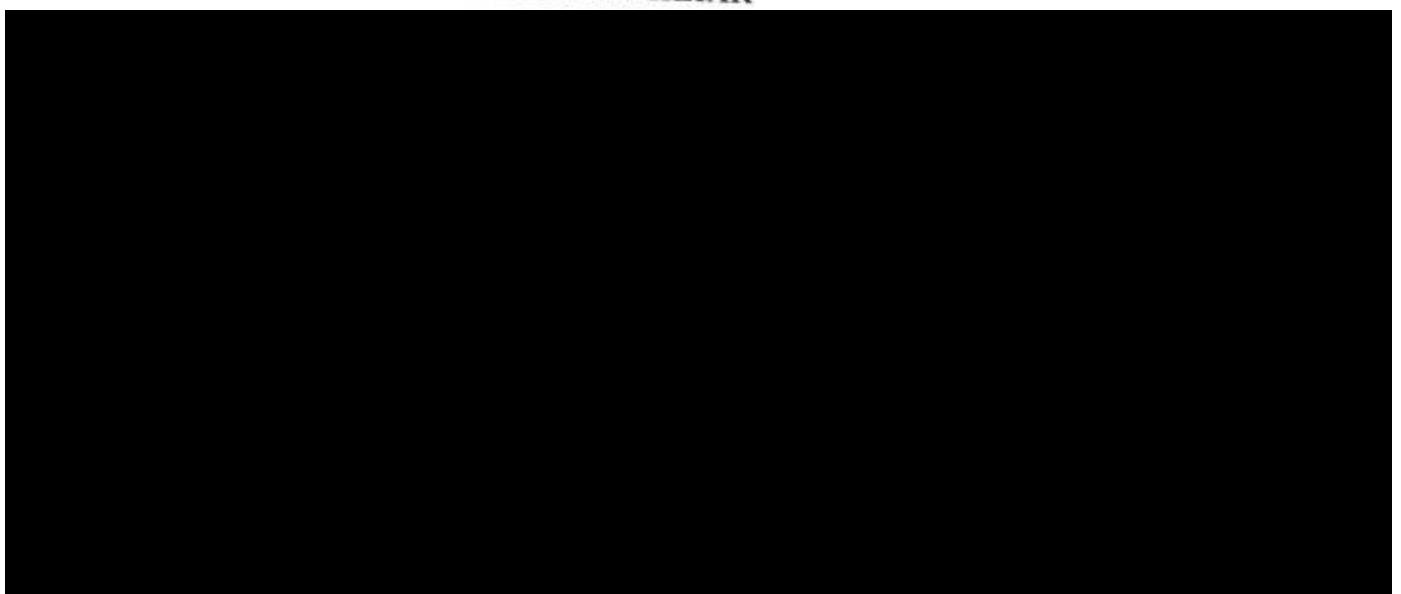
✓

Conchalí, 05 de Septiembre del 2025

INFORME SOCIAL



II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR





CONCHALÍ

UNIDOS POR EL BIEN COMÚN

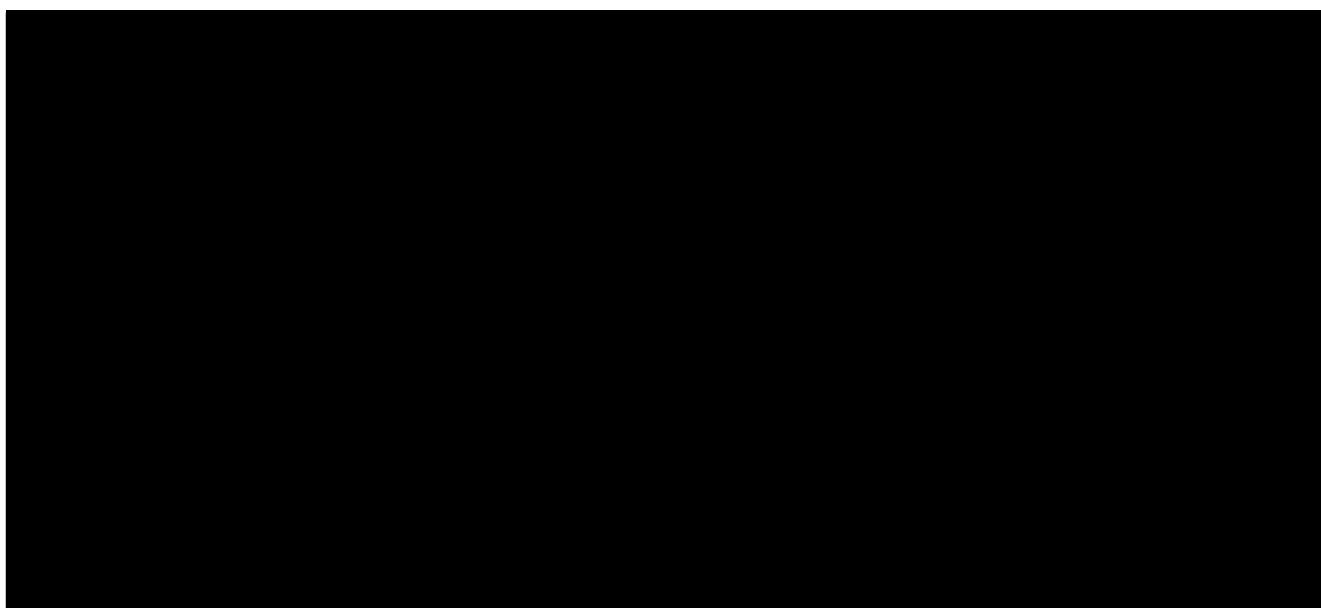
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 05 de Septiembre del 2025

IV. SITUACIÓN DE SALUD



VI. OPINION PROFESIONAL

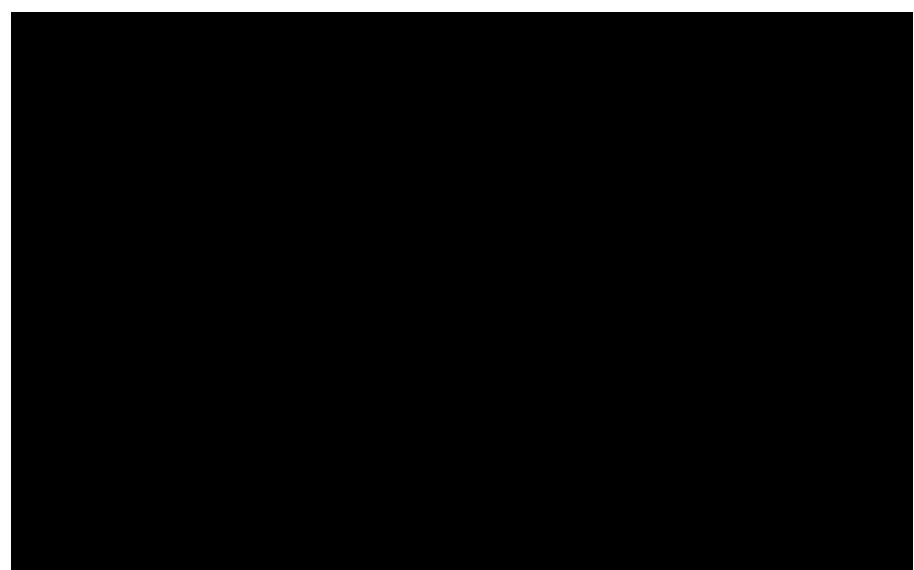
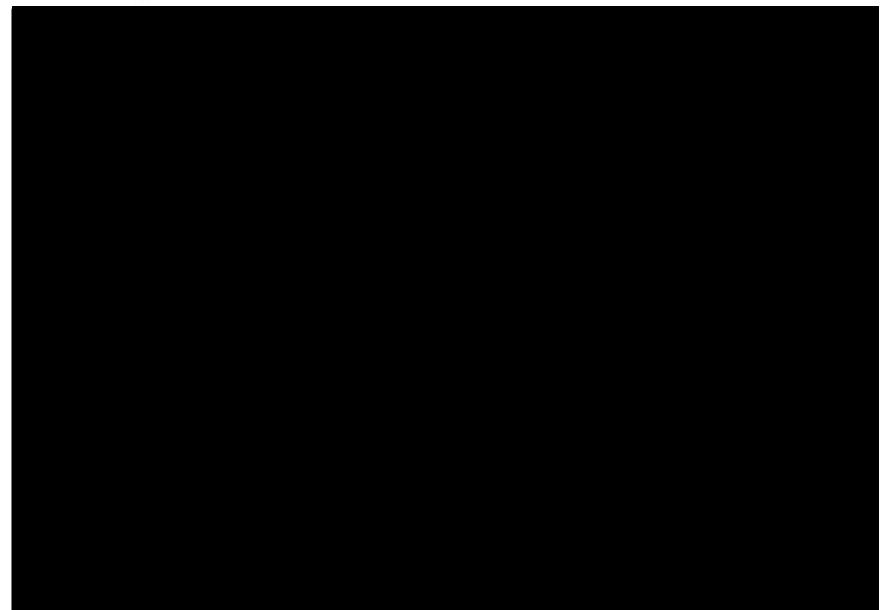
En virtud de los antecedentes expuestos y la necesidad que manifiesta de individualizada, la profesional que suscribe, solicita al **Departamento de Asistencia Social** la cobertura total o parcial del costo por solicitud de medicamento "**JARDIANCE**" de este modo, se adjunta orden médica y tres cotizaciones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

Es cuanto puedo informar, Atte.


Fernanda Guijuelos
Asistente Social
Municipalidad de Conchalí.


MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DEPTO. ASIST. SOCIAL

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 EMISIÓN: 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 comunícate 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			RECETACIÓN
Código Medicam.	Cant.	Unidad	Medicamento
			<p>- <u>jarabe</u> (25 mg) <u>(Eupatorium)</u> <u>1/2 comp q s/o permanente</u></p>

Médico: _____

Código: _____

DRA. MARIA PAZ BECERRILS F.
PUT-1511212018
MEDICINA

MEDICINA

FIRMA MÉDICO

FIRMA MEDICO

IMPRENTAVERSAL@GMAIL.COM

104 - 7480

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.: CASTAEDA MEDINA JULIA



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.

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

COTIZACION

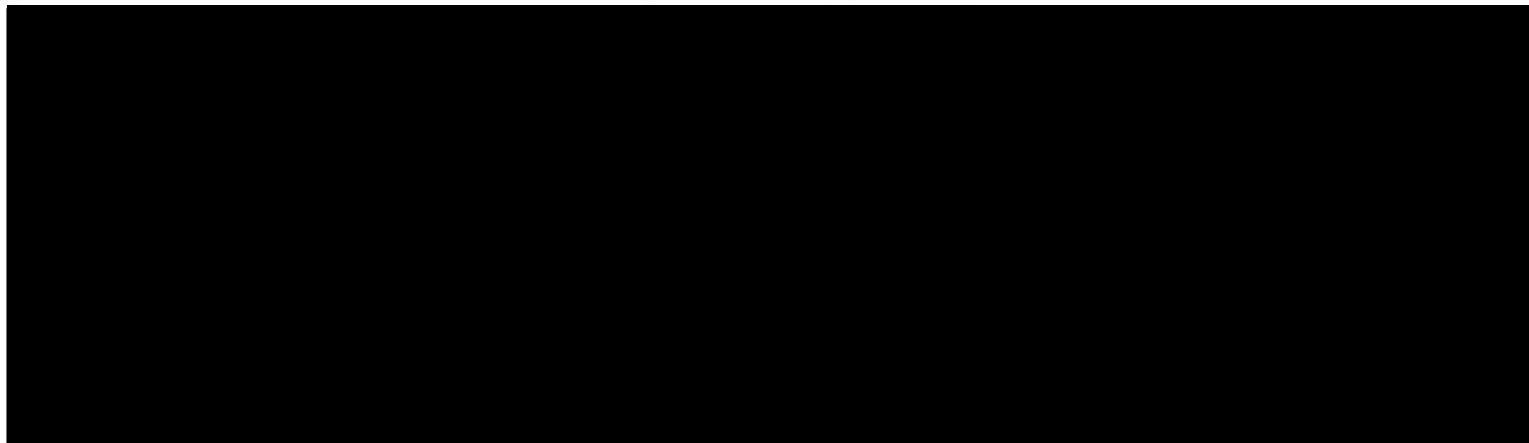
Local: 1117 Vd: KAREN YANNINA HUILCAN CANUQUEO
Emisión: 02/10/2025 Validez: 02/10/2025
Cliente: 101042197 JULIANA JULIANA

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	JARDIANCE COM.25MG.30	58.190	58.190
	***OCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE	-11.630	
	TOTAL \$	46.552	



01117010103261021025

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL



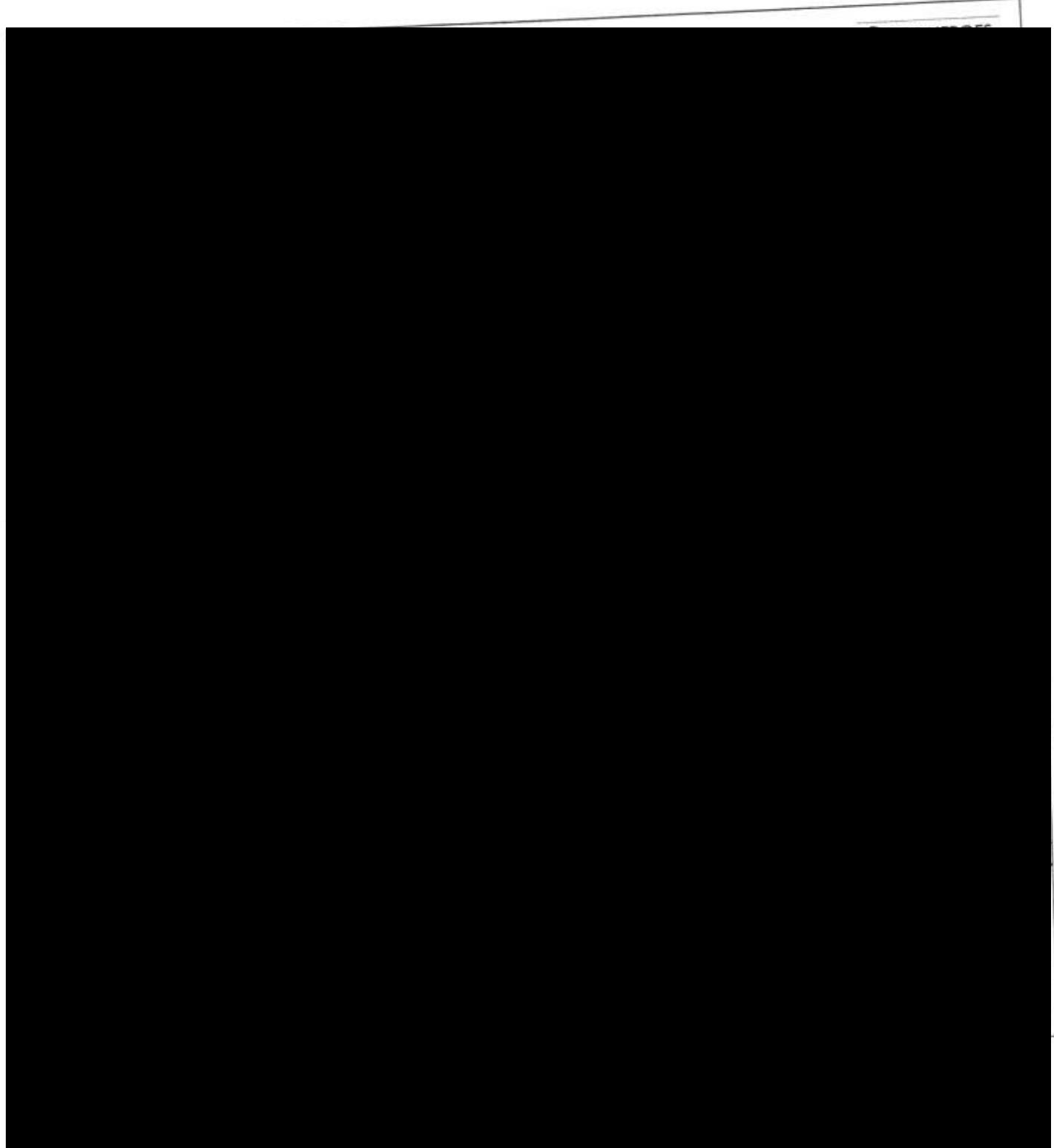
RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	311226	INFORME SOCIAL	(D	2	0		

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Fernanda Guijuelos





MUNICIPALIDAD DE 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: *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


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 médica

\$ 190.000

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



Timbre Electrónico SII
Res. 99 de 2014
Verifique documento en sii.cl



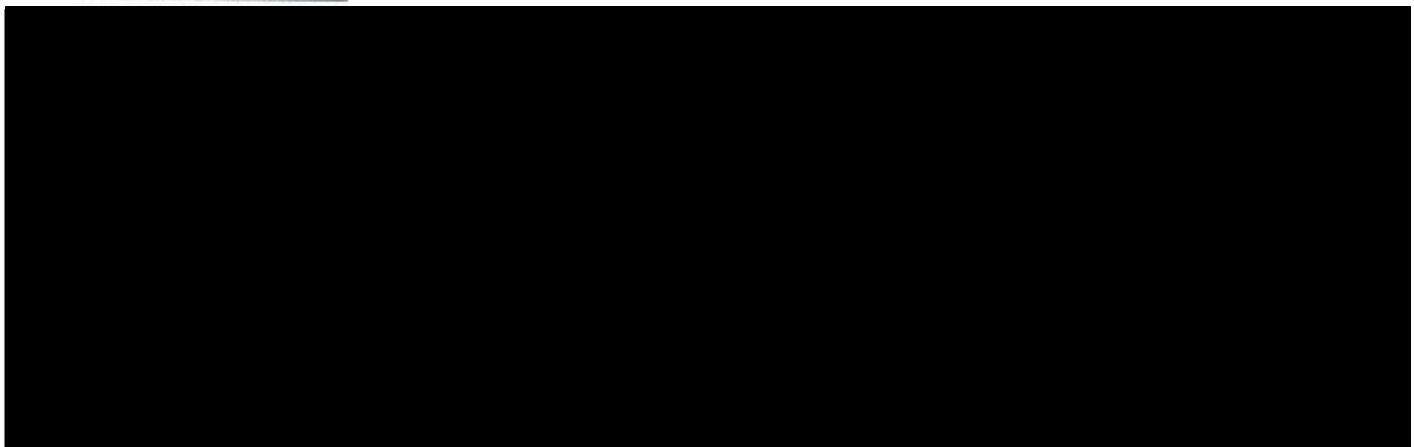
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 24 de Septiembre 2025

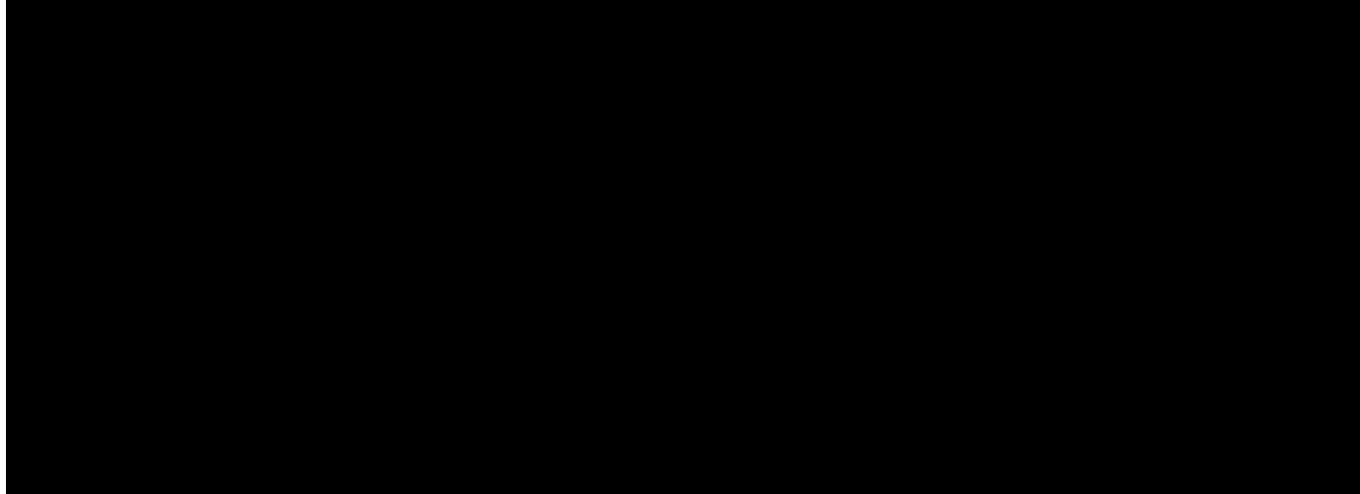
INFORME SOCIAL



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.

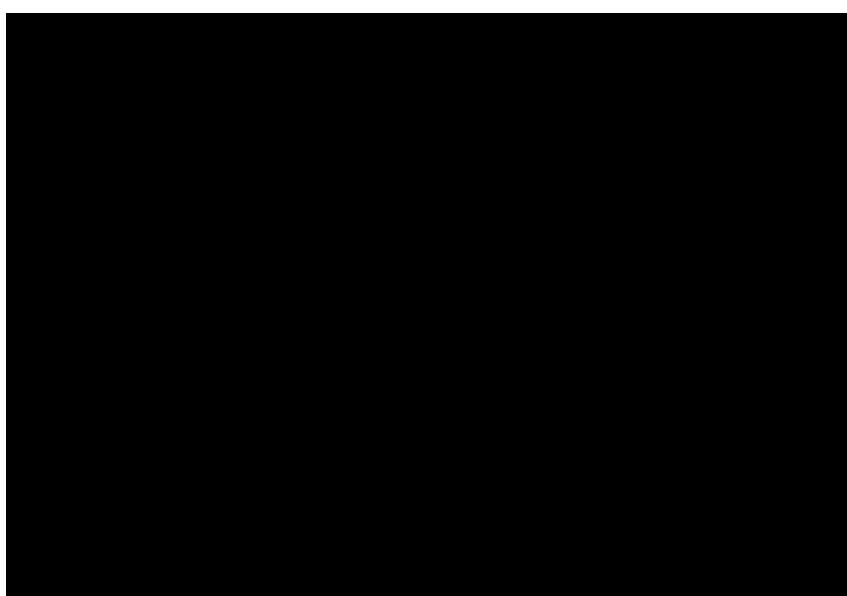
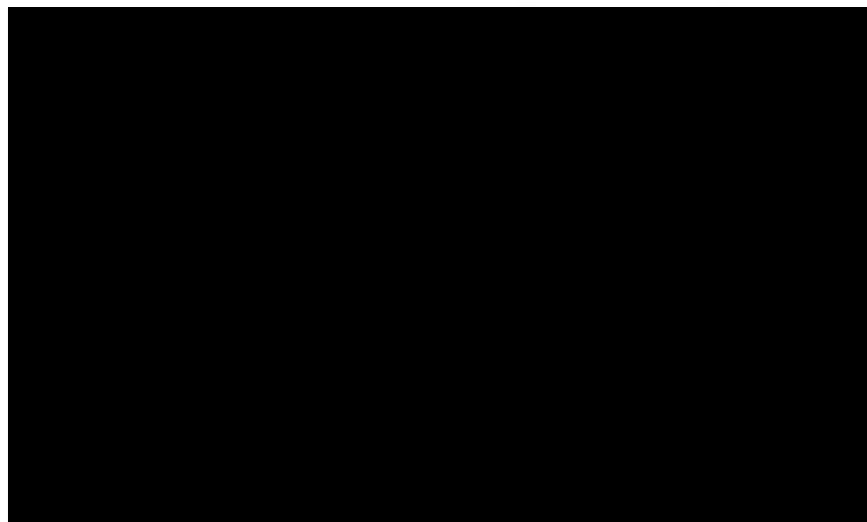
Se adjunta receta y 3 presupuestos con valor.

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

Es cuanto puedo informar, Atte.

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DEPTO. ASIST. SOCIAL
FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA
ASISTENTE SOCIAL
[REDACTED]

leymeh /



¿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.

Ingresá al sitio web de la Ventanilla Única Social www.ventanillaunicasocial.gob.cl, acércate a tu municipio o escáner 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.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.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA
LOS ANDES

Dra. Olga Acuña C. Dr. René Moreno N.
Dr. Cristián Carpentier G. Dr. Jorge Orellana R.
Dr. Marco A. Casas del Valle P. Dr. Claudio Pérez V.
Dr. Ricardo Colvin T. Dr. Mauricio Andrés Pérez V.
Dr. Luis Filsecker L. Dr. José Miguel Ried U.
Dr. Juan Carlos Flores P. Dr. Juan Stoppel O.
Dr. Santiago Ibáñez L. Dr. Felipe Valenzuela S.
Dr. Hernán Iturriaga V. Dr. Gonzalo Varas M.
Dr. José Manuel López A. Dr. Juan Ignacio Verdaguer D.
Dr. Cristián Luco F. Dr. Francisco Villarroel C.
Dr. Eugenio Maul F. Dr. Sergio Zacharias S.

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

Rp.

Me solicita ver

lente

OD -7.00 x -3 cil. 175°
OI -3.75 x -3 cil. 5°

Dp 59

7

22 370 4600
8.670.061-1
www.oftalandes.cl

hf

24.9.25

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

VF

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

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

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. vfopticas@mail.com

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



Monedero 772
 Local 302 B
 Stgo. Centro

Cotizacion Maria Rivera

Modelo	Precio	Cliente/Comentario
Amazon 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 CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

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

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

Son motivos de abstención los siguientes:

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

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

NOMBRE:

FIRMA:

TIMBRE:



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

BENEFICIO

:20 BOLSAS y 19 PLACAS de Colostomía
(PROGRAMA ASISTENCIAL) \$121.300



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

REQUERIMIENTO
de Transparencia

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
Emision: 27-11-2025
DETALLE
VARIOS 1X121.300 121.300

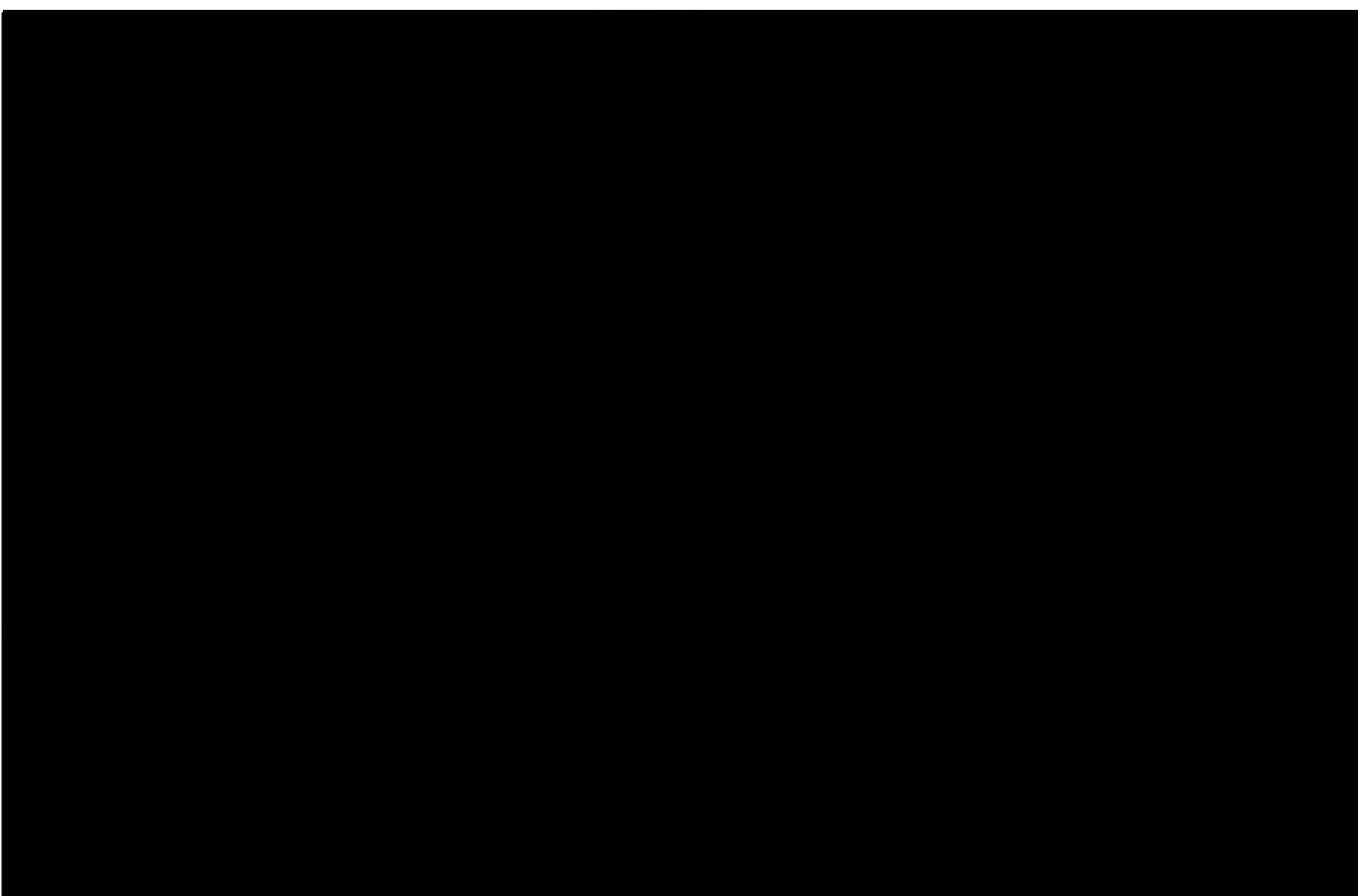
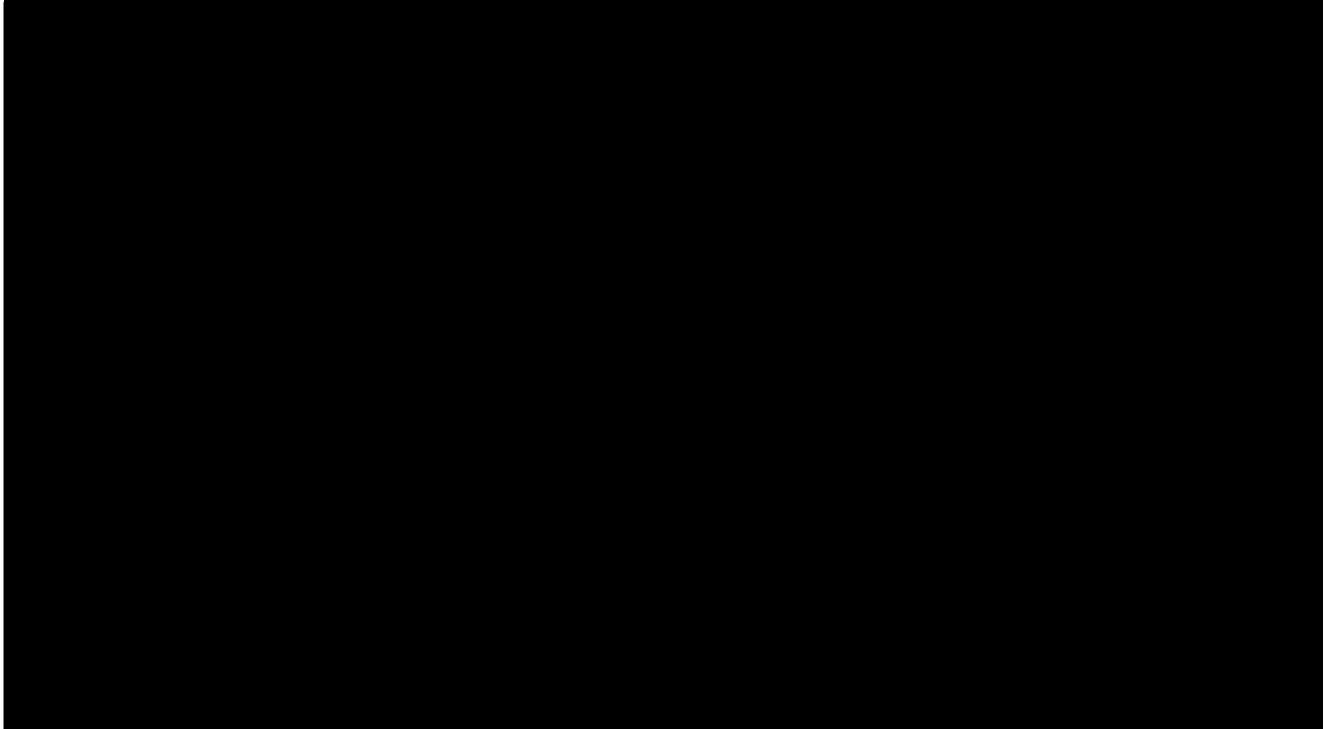
Neto \$ 101.933
IVA \$ 19.367
Total \$ 121.300



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

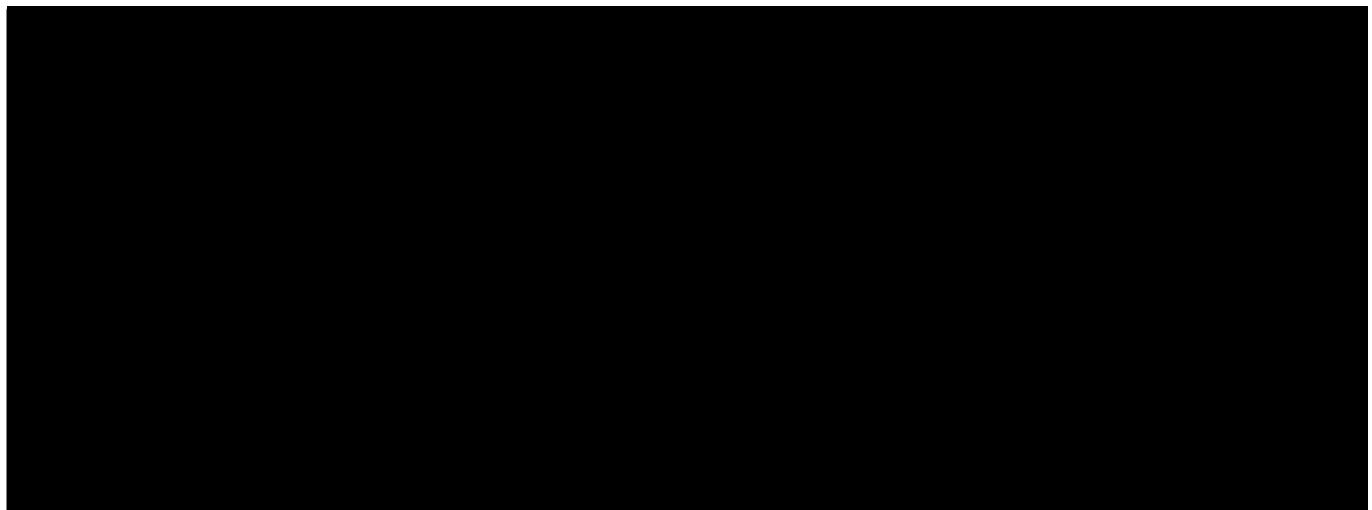
INFORME SOCIAL

La situación



En cuanto a su Hija, no presenta ante-

V. SITUACION ACTUAL Y ECONOMICA

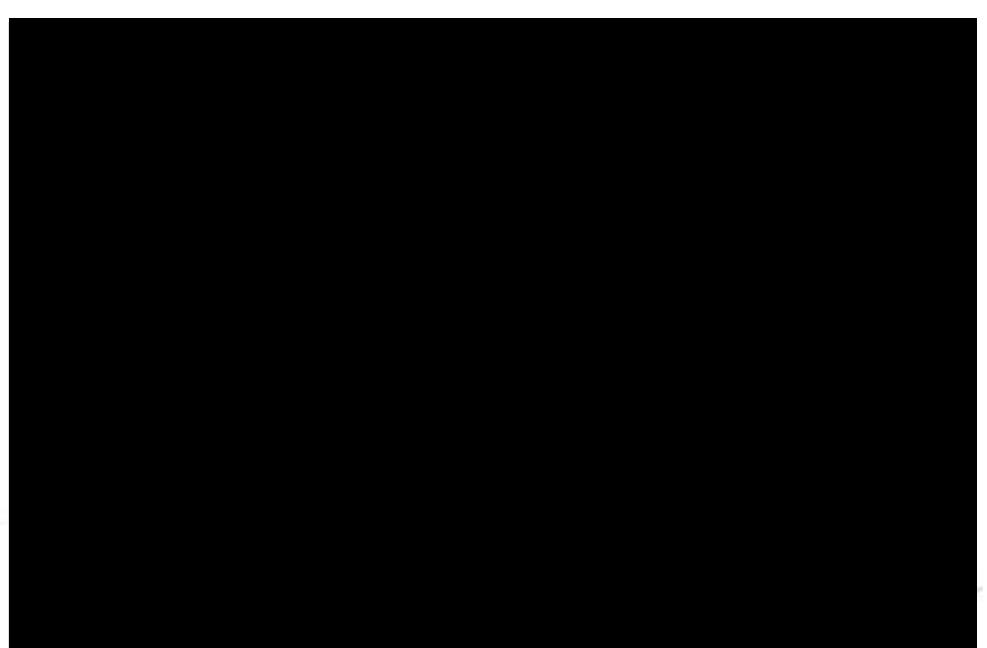
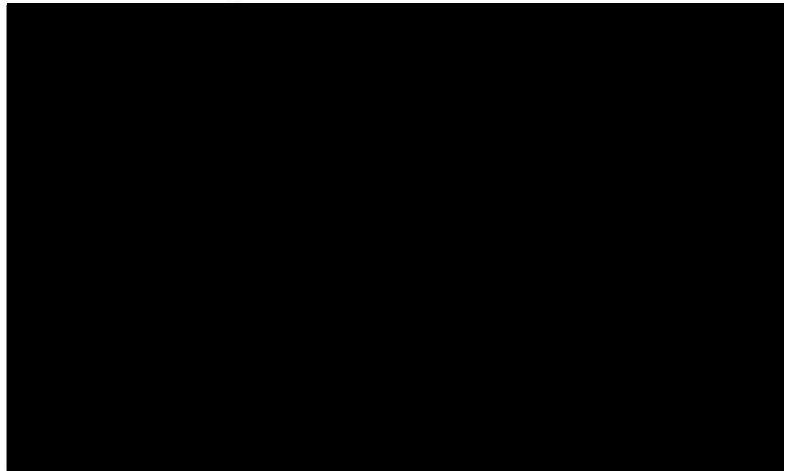


VI. OPINION PROFESIONAL

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.

A circular official stamp with the text "MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ" around the perimeter and "DEPTO. ASIST. SOCIAL" in the center. A blue ink signature of "Felipe Zapata Burgos" is written across the top of the stamp, with "Trabajador Social" and "Municipalidad de Conchalí" written below it.

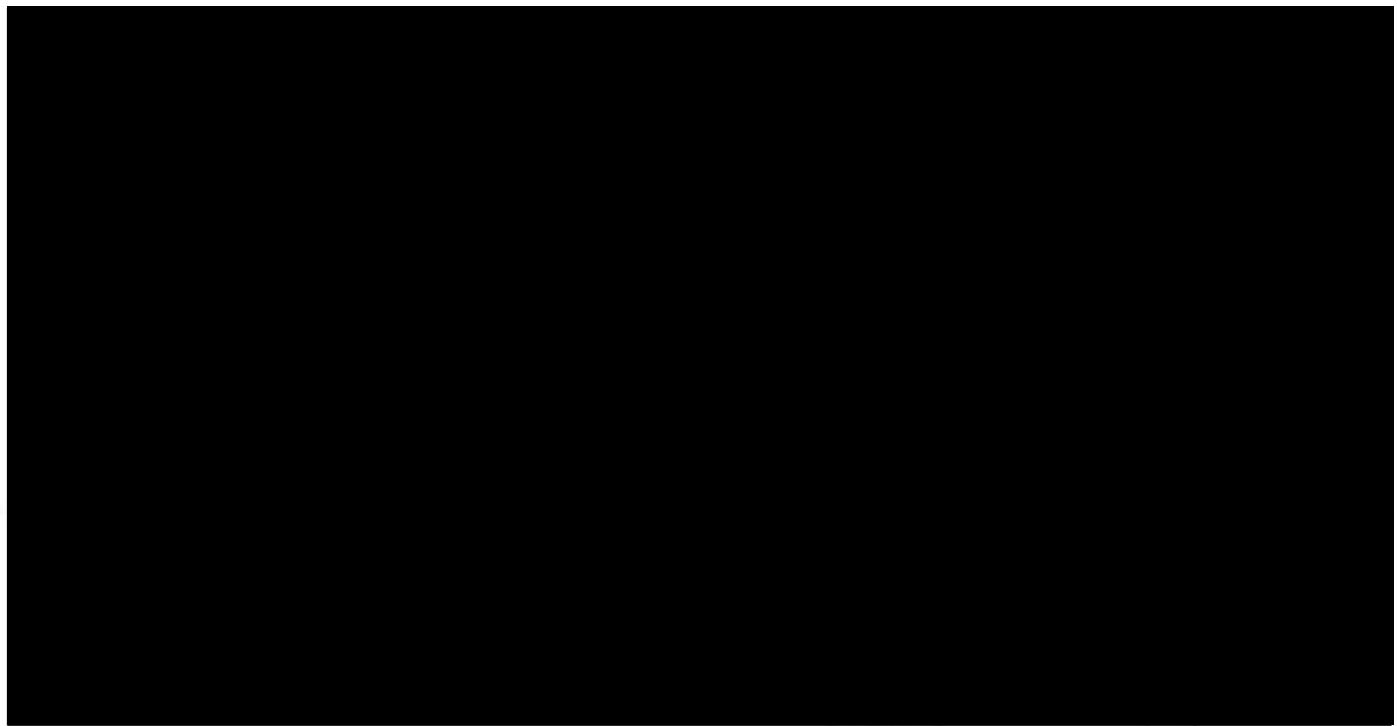


Esta cartola fue impresa el 8 de septiembre a las 09:48 hrs. desde la Plataforma Ciudadana.



NSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
SERVICIO DE SALUD METROP. NORTE

INFORME MEDICO



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

Santiago, 31/03/2025



Nº 454

TRIMEDIC
INSUMOS MEDICOS Y ORTOPEDICOS

COTIZACION

Atendiendo su solicitud, estamos enviando cotización de los productos requeridos.
VALORES INCLUYEN I.V.A.

 TriMedic

76.847.721 - 3
Av. Independencia 928
Fono 224016358

VALOR TOTAL \$ 180.980

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



marlene.sotoriffo@gmail.com

Marlene Soto Riffo

RUT: 11.910.028-3

INDEPENDENCIA 956

INDEPENDENCIA

FONO: 228238896

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 Riffo
11.910.028-3
Av. Independencia 956



martimed@gmail.com

Comercializadora Martimed Limitada

RUT: 76.309.942-3

SANTOS DUMONT 1030-B

INDEPENDENCIA

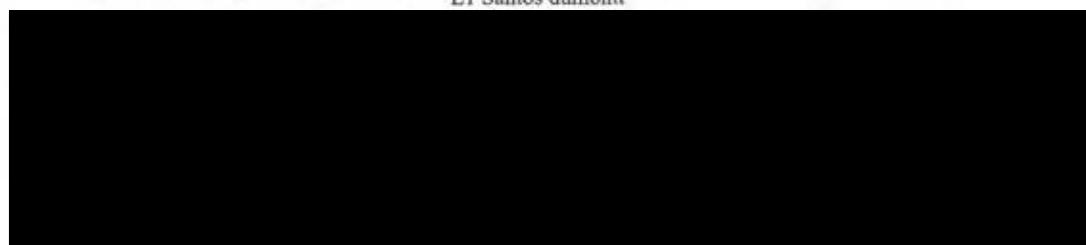
FONO: 227320031

COTIZACION N°

1.713

02-septiembre-2025

L1 Santos dumont



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 Lotea Tobar 1030-L
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: FEIRE VERA TA.

FIRMA: Feria Vera Ta.



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
Emision: 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 dumont

Cliente

COMPROBANTE DE VENTA N°

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

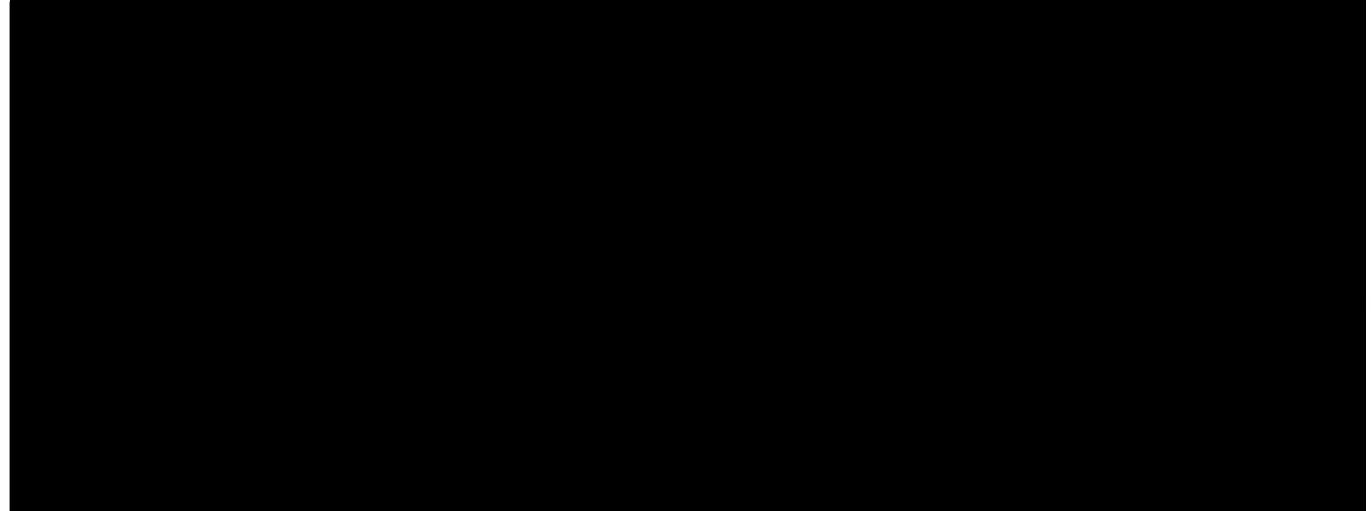
COMPROBANTE NO VALIDO COMO BOLETA
GRACIAS POR SU COMPRA



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 25 de septiembre 2025

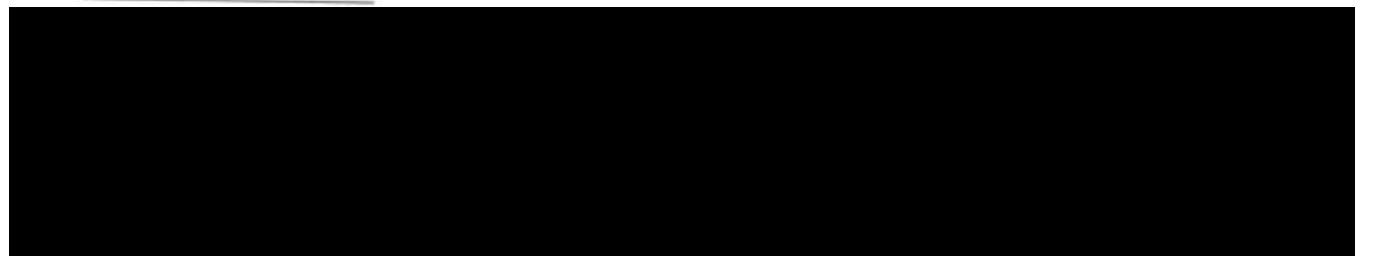
INFORME SOCIAL



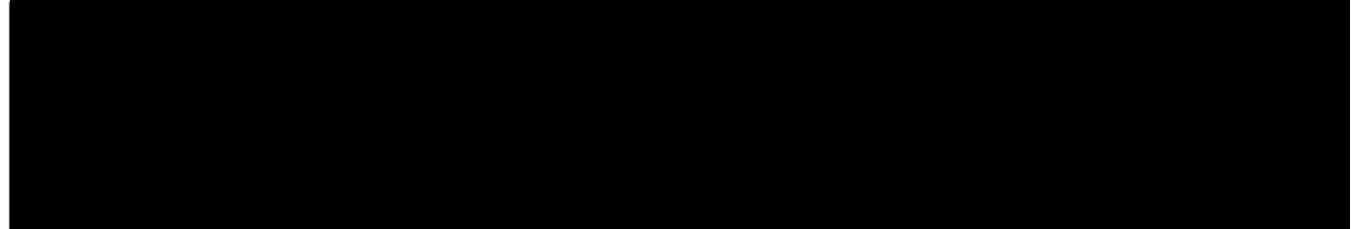
2.- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA



3.- SITUACIÓN DE SALUD



4.-SITUACIÓN HABITACIONAL



5.- OPINIÓN PROFESIONAL

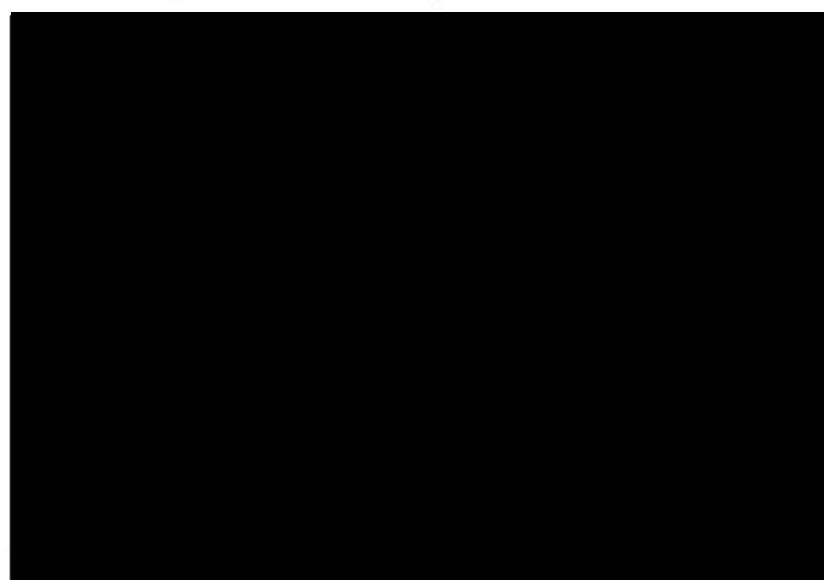
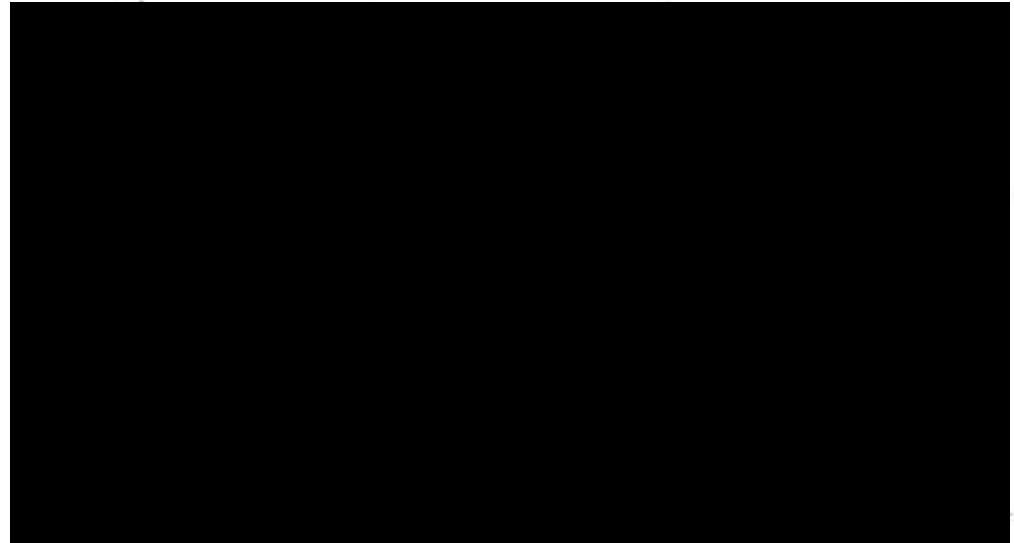
En consideración a la necesidad manifiesta del asistido, el profesional que suscribe, solicita al Departamento de Asistencia Social la compra de Bolsas Convatec, Crema Convatec y Tela Adhesiva. Se adjunta certificado médico, receta y cotizaciones.

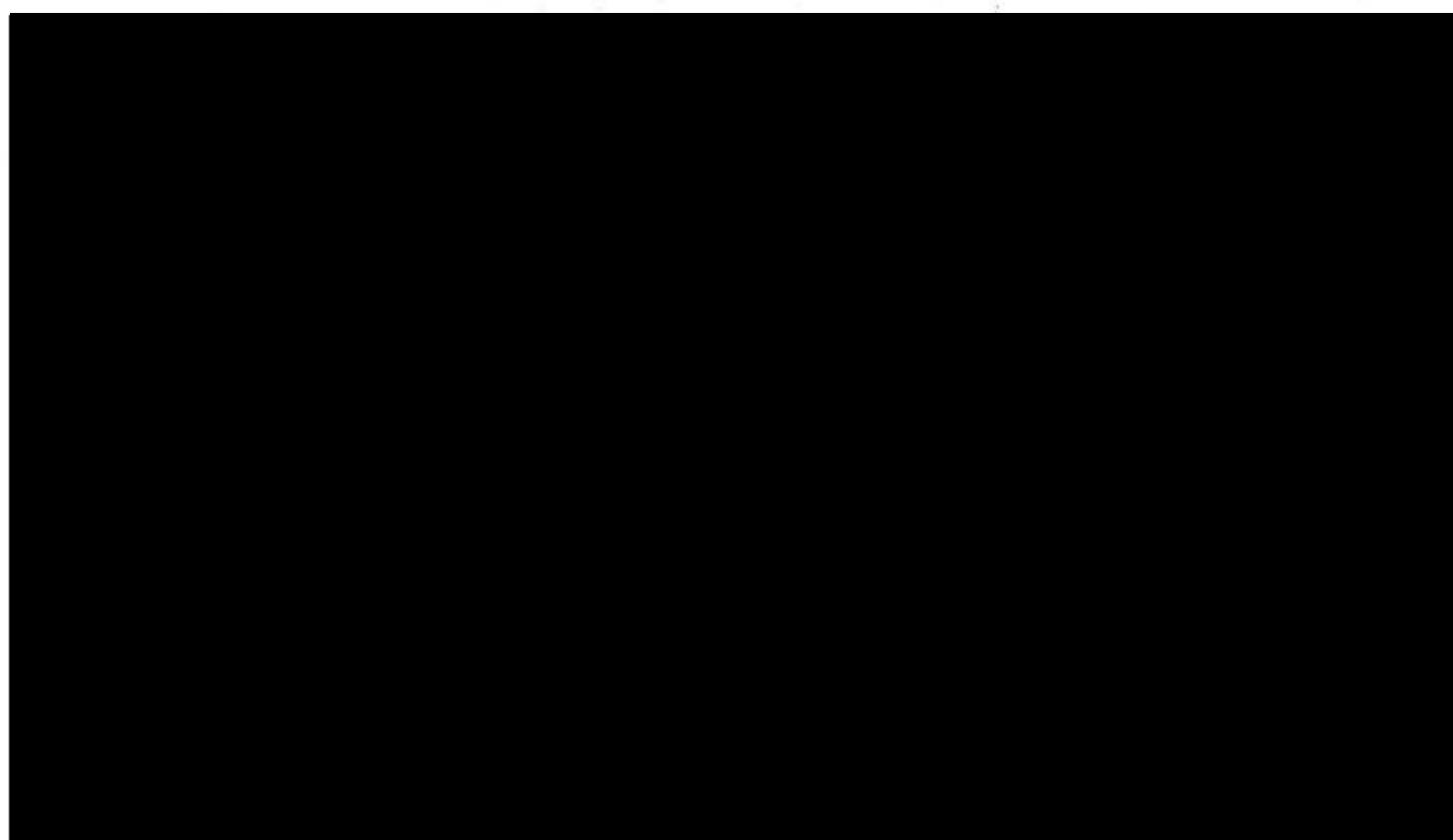
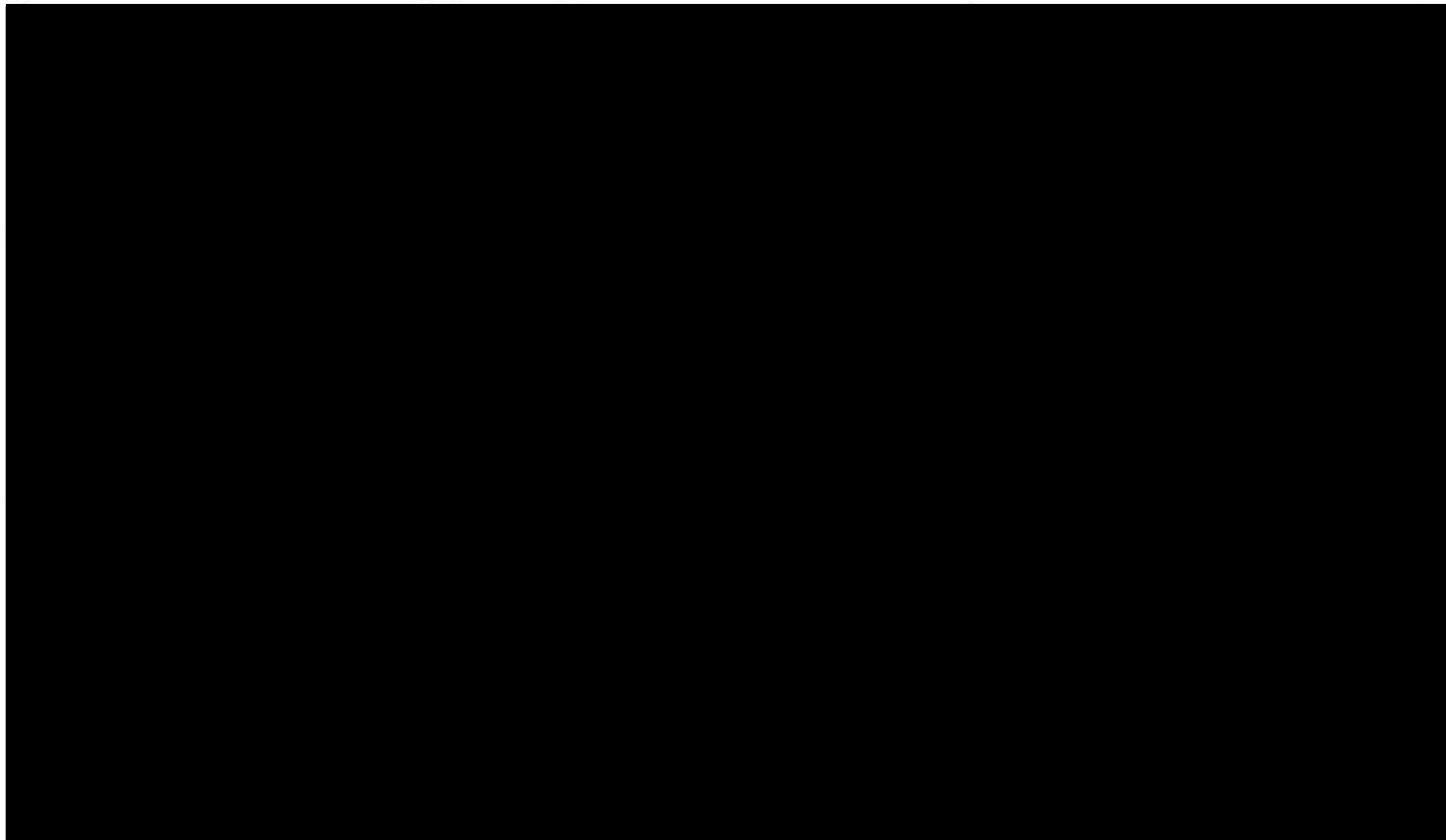
Presenta Registro Social de Hogares folio N° 54745458, ubicándose en tramo del 40%.

Es cuanto puedo informar, Atte.

RTA


FELIPE ZAPATA BURGOS
ASISTENTE SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ



Cartola Hogar

Número de Folio: #54745458



Registro
C...

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

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



martimed@gmail.com

Comercializadora Martimed Limitada

RUT: 76.309.942-3

SANTOS DUMONT 1030-B

INDEPENDENCIA

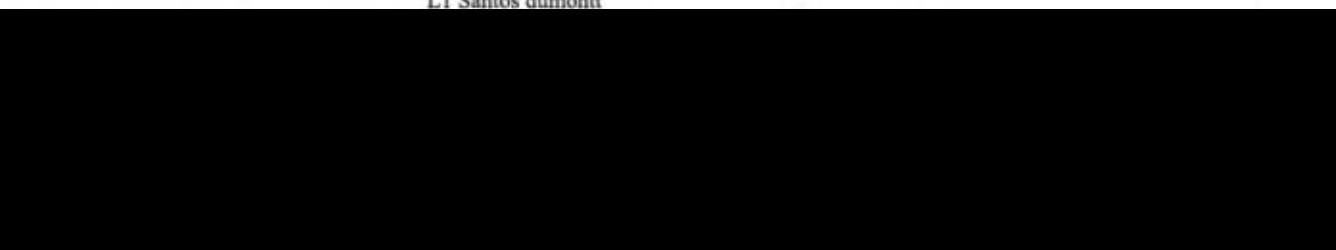
FONO: 227320031

COTIZACION N°

1.718

24-septiembre-2025

L1 Santos dumont



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 Tohar 1030-B
Independencia
FONO: 227320031



Nº 462

TRIMEDIC
INSUMOS MEDICOS Y ORTOPEDICOS

COTIZACION

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

VALORES INCLUYEN I.V.A.

PATRICIA ISABEL MACHUCA NUÑEZ E.I.R.L

AV INDEPENDENCIA 928

FONO : 976595723

TRICIA.MACHUCA@GMAIL.COM

 TriMedic
76.847.721-3
Av. Independencia 928
Fono: 224016358



Marlene Soto Riffo
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 Riffo
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: *FERIÑE MARATA*

FIRMA: *Feriñe - 17-07-20*

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.