

COMPROBANTE DE MOVIMIENTOS CONTABLES

DOCUMENTO	0-1.905	PEÑA PAZ EVELYN ANDREA							
FECHA	08/07/2026	GLOSA	4° F.RENDIR JUNIO/26 ASISTENCIA SOCIAL -D.PAGO 1173/26-C.I.5823588 Y 58						
Lin CTA	DENOMINACIÓN	SubProg	C.COSTO	DEBE	HABER	OBLIG.	RUT	DOC.	FECHA
1 54101	Transferencias Corrientes al Sector Privado		000000	1.038.880	0				
2 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	0	351.140	18-46		D-1173	05/06/2026
3 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	0	293.400	18-46		D-1173	05/06/2026
4 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	0	394.340	18-46		D-1173	05/06/2026
5 2152401007004	Productos Farmaceuticos	4	130100	351.140	0			D-1173	
6 2152401007009	Otros Gastos	4	130100	293.400	0			D-1173	
7 2152401007015	Otros Servicios Profesionales	4	130100	394.340	0			D-1173	
8 1140313017	Evelyn Peña Paz		000000	0	1.038.880			D-1173	05/06/2026
TOTALES				2.077.760	2.077.760				

RECIBIDO POR
Jacqueline Zenteno Aravena
Rentas Municipales
Depto. Contabilidad y Presupuesto

CONF. COMPROBANTE
V.B.
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO

CONTABILIZACION POR FOLIO UNICO

Folio	Cta	Denominacion	Fecha	Debe	Haber
5824183	1140313017	Evelyn Peña Paz	02/07/2026		9.860
	1110101154	Daniela Orellana Uribe	02/07/2026	9.860	
	TOTAL FOLIO: 5824183			9.860	9.860
	TOTAL GENERAL			9.860	9.860

CONTABILIZACION POR FOLIO UNICO

Folio	Cta	Denominacion	Fecha	Debe	Haber
5823588	1140313017	Evelyn Peña Paz	30/06/2026		23.850
	1110101154	Daniela Orellana Uribe	30/06/2026	23.850	
	TOTAL FOLIO: 5823588			23.850	23.850
	TOTAL GENERAL			23.850	23.850

DECRETO DE PAGO

MUNICIPALIDAD

DECRETO N°1173IDDOC892727

CONCHALÍ, viernes 5 junio 2026

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 \$:1.072.590

Y SON:UN MILLON SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/L

POR LO SIGUIENTE:

4° FONDO A RENDIR JUNIO/26 ASISTENCIA SOCIAL - DE.N°223 26/02/18 - DE.411 03/04/19 - DE.N°515 05/05/25 - DE.N°68 27/01/26 - RINDE POR MEMO N°11 02/06/26 ASISTENCIA SOCIAL - RENDICION CONTABILIZADA EN MOVIMIENTO 0-1595 04/06/26 - CERTIFICADO N°78 05/06/26 CONTABILIDAD - OBLIGACION 18-46 IMPUTACION 2212002012 - SON 15 UTM X \$71.506 = \$1.072.590

CONTABILICESE COMO SE INDICA					
CUENTA	DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
1140313017	Evelyn Peña Paz	1.072.590			M-11
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9054591
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9054592
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		300.000		C-9054593
1110301001001	BCI FONDOS CORRIENTES 10623124		172.590		C-9054594

TOTALES :1.072.5901.072.590

ALCALDE	DIRECCION DE RENTAS MUNICIPALES	
SECRETARIA MUNICIPAL	DIRECCION DE CONTROL	ADMINISTRACION MUNICIPAL
CUENTA CORRIENTE	CHEQUE N°	NOMBRE
EGRESO N°	FECHA DE PAGO	R.U.T.
	V°B° TESORERO	FIRMA
		RECIBI CONFORME

MEMO N° 705 /2026

ANT; Rendición mes de junio 2026. Decreto
pago N° 1173 fecha 05/06/2026

CONTABILIDAD
31/7/26

Conchalí; **03 JUL 2026**

A : PATRICIO SAAVEDRA MUÑOZ
DIRECTOR RENTAS MUNICIPALES

DE : ANDREA CISTERNAS ABARCA
DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO

Junto con saludar muy cordialmente, remito a Ud. Rendición correspondiente al mes de junio 2026 a nombre de Evelyn Peña Paz Run 18.181.454-3, correspondiente a la adquisición de bienes y/o servicios para vecinos de la comuna con vulnerabilidad socioeconómica, por un monto total de \$1.072.590, correspondientes a los cheques N° 9054591, 9054592, 9054593 y 9054594 de los cuales se realizó un reintegro de \$ 33.710.

Se adjuntan comprobantes de reintegro, Folios N° 825960 y 826593, junto con documentación de 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.


DIRECTORA ANDREA CISTERNAS ABARCA
DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO

ACA/yaa

Distribución:

- Administración y finanzas DAS

895790





RENDICION DE CUENTA
GASTOS MENORES

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

FECHA:

VALOR UTM PERIODO DE RENDICION:

IDENTIFICACIÓN FUNCIONARIO A CARGO DEL FONDO

NOMBRE	EVELYN PEÑA PAZ
RUT	
DIRECCION	DIDECO
DEPARTAMENTO O UNIDAD	DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL
AUTORIZADO POR DECRETO EXENTO N°	68 DE FECHA 27/01/202
MONTO GIRADO \$	1.072.590
DECRETO DE PAGO N°	1173 DE FECHA 05/06/2026
EGRESO N°	30-1119
CHEQUE N°	9054591-9054592-9054593-9054594
FECHA DE RENDICION	02/07/2026
JEFE DIRECTO DEL FUNCIONARIO	DIRECTORA ANDREA CISTERNAS ABARCA

Sección A: Características Generales

N°	FECHA	N° BOLETA O FACTURA	DETALLE DE ADQUISICION	MONTO DE COMPRA
01	19/06/26	979371882	ECOTOMOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSA E.E.I.I	69.340
02	24/06/26	621	TAC DE TORAX SIN CONTRASTE	135.000
03	25/06/26	101147893	APORTE DE \$ 190.000 PARA EXAMEN DE COLONOSCOPIA	190.000
04	17/06/26	22472103	3 CAJAS DE JARDIANCE	134.940
05	17/06/26	23903702 1633651858	3 CAJAS DE DIPEMINA Y 1 CAJA DE GAMALATE	114.520
06	01/07/26	22474673	1 CAJA DE XIGDUO XR, 2 CAJAS DE DIPEMINA Y 1 CAJA DE ILTUXAM	101.680
07	24/06/26	143468	12 BOLSAS DE UROSTOMIA, 12 PLACAS DE UROSTOMIA, 1 POLVO STOMAHESIVE, 1 PASTA STOMAHESIVE Y 1 CAVILON SPRAY	148.500
08	24/06/26	143467	21 BOLSAS DE UROSTOMIA	144.900
SUMA TOTAL \$				1.038.880
REINTEGRO \$				33.710

\$23850
\$9860

Dpto. de Contabilidad y Presupuesto

Sección B: JUSTIFICACION DEL GASTO REALIZADO

Nº	JUSTIFICACION	Firma de recepción del bien y/o servicio por el Jefe o Acompañamiento de registro Fotográfico.
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES

 Firma y Timbre Responsable del Fondo	 Firma y Timbre Director.
 MANCIA CUEVAS VIVAS Derección de Rentas Municipales Dpto. Contabilidad y Presupuesto Firma y Timbre Analista Dpto. Contabilidad y Presupuesto.	Firma y Timbre Dpto. Contabilidad y Presupuesto.

/yaa.

 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI RUT: 49.070.200-2 INDEPENDENCIA # 3499 228 286 100 CONCHALI - SANTIAGO		FOLIO N° 825960 5823388	
PENA PAZ EVELYN ANDREA		INGRESO N°	
FONDOS A RENDIR		COMUNA	
TRIBUTO O MULTA POR INFRACCIÓN		30/06/2026	
R.O.L.	VIGENCIA	FECHA EMISIÓN	
CONCEPTO REINTEGRO SEGUN DECRETO DE PAGO N°1173.			
NO USAR - CONTABILIDAD		30/06/2026	
UNIDAD		FECHA VENCIMIENTO	
IMPUESTOS Y/O DERECHOS		VALORES \$	
Evelyn Peña Paz		23.850	
		30/06/2026	
No Luminoso		SUB TOTAL 23.850	
Luminoso		0	
Otup:		I.P.C. 0	
		INTERES	
		23.850	
		TOTAL \$	
duribe		ccovarru	
LIQUIDADOR		EMISOR	
CONTRIBUYENTE			



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
RUT: 99.070.200-2
INDEPENDENCIA # 3499
226 286 100
CONCHALI - SANTIAGO

FOLIO N° **826593**
INGRESO N° **5824183**

PEÑA PAZ EVELYN ANDREA

NOMBRE

RUT

FONDOS A RENDIR

COMUNA

TRIBUTO O MULTA POR INFRACCIÓN

TELÉFONO

R.O.L.

VIGENCIA

02/07/2026

FECHA EMISIÓN

CONCEPTO

REINTEGRO SEGUN DECRETO MDE PAGO N°1173 DEL 05/06/2021

NO USAR - CONTABILID

31/07/2026

UNIDAD

FECHA VENCIMIENTO

IMPUESTOS Y/O DERECHOS

VALORES \$

Evelyn Peña Paz

9.860



02/07/2026

NoLuminosa:0

SUB TOTAL

9.860

Luminosa:0

L.P.C.

0

Otup:

INTERES

0

TOTAL \$

9.860

duribe

ccovarru

LIQUIDADOR

EMISOR

CONTRIBUYENTE

RENDICION MES DE JUNIO

DECRETO DE PAGO N° 1173 DE FECHA 05/06/2026

OTROS SERVICIOS PROFESIONALES CUENTA 24.01.007.015						
NOMBRE	RUT	DOMICILIO	BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
			ECOTOMOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSA E.E.I.I	REDSALUD	979371882	69.340
			TAC DE TORAX SIN CONTRASTE	ADMINISTRADORA Y PRESTADORA DE SERVICIOS PROFESIONES LIMITADA (APSA LTDA)	621	135.000
			APORTE DE \$ 190.000 PARA EXAMEN DE COLONOSCOPIA	REDSALUD	101147893	190.000
			TOTAL		394.340	

BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
3 CAJAS DE JARDIANCE	VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA (ECO FARMACIA)	22472103	134.940
3 CAJAS DE DIPEMINA Y 1 CAJA DE GAVALATE	VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA (ECO FARMACIA) FARMACIA CRUZ VERDE	23903702 1633651858	114.520
1 CAJA DE XIGDUO XR, 2 CAJAS DE DIPEMINA Y 1 CAJA DE ILTUXAM	VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA (ECO FARMACIA)	22474673	101.680
		TOTAL	351.140

OTROS GASTOS	
CUENTA 24.01.007.009	
NOMBRE	RUT

DOMICILIO		BENEFICIO	PROVEEDOR	BOL/FACT	MONTO
		12 BOLSAS DE UROSTOMIA, 12 PLACAS DE UROSTOMIA, 1 POLVO STOMAHESIVE, 1 PASTA STOMAHESIVE Y 1 CAVILON SPRAY	MARTIMED	143468	148.500
		21 BOLSAS DE UROSTOMIA	MARTIMED	143467	144.900
			TOTAL		293.400

TOTAL GASTOS	1.038.880
--------------	-----------

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

12 BOLSAS de UROSTOMIA, 12 PLACAS de UROSTOMIA,
: 01 polvo stomahesive, 01 pasta stomahesive y 01

(PROGRAMA ASISTENCIAL)

Capilon Spray \$48.500.-



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

R.U.T.: 76.309.942-3
COMERCIALIZADORA MARTIMED
LIMITADA
S.I.I. SANTIAGO NORTE
BOLETA ELECTRONICA: 143468
Giro: VENTA DE ARTICULOS ORTOPE-
DICOS INSUMOS MEDICOS
Direccion: SANTOS DUMONT 1030-B
- INDEPENDENCIA
Emission: 24-06-2026
DETALLE
VARIOS 1X148.500 148.500

Neto \$ 124.790
IVA \$ 23.710
Total \$ 148.500



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

L1 Santos dumontt Cliente

COMPROBANTE DE VENTA Nº
V/ 2 FARIAS

FECHA: 24-06-2026
DETALLE

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

CODIGO	COL.	PRECIO	TOTAL
014-066	PLACA CONVEXA 45	5.400	64.800
014-053	401544 NATURA B	3.500	42.000
014-026	25510 POLVO STD	13.900	13.900
014-033	183910 PASTA STD	13.900	13.900
057-064	704331 CAVILON	13.900	13.900
27 Prendas		SUBTOTAL:	148.500
		REDONDEO:	0
		TOTAL:	148.500

COMPROBANTE NO VALIDO COMO BOLETA
GRACIAS POR SU COMPRA



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchali, 05 de mayo 2026

INFORME SOCIAL

2.- GRUPO FAMILIAR

3.- SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

4.- SITUACIÓN DE SALUD

5.-SITUACIÓN HABITACIONAL

6.- OPINIÓN PROFESIONAL

Es cuanto puedo informar, Atte.



EVELYN PEÑA PAZ
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.

MRL



Conoce los apoyos del Estado

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



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

RECETA MÉDICA

Indicación:

- **Bolsas de urostomía drenables** (sistema de 1 o 2 piezas según disponibilidad)
Cantidad: 20 a 30 unidades mensuales
- **Placas/barreras cutáneas para urostomía**
Cantidad: 10 a 15 unidades mensuales
- **Accesorios (según necesidad):**
 - Pasta selladora o anillos de barrera
 - Removedor de adhesivo
 - Protector cutáneo

Indicaciones de uso:

Cambio de bolsa según necesidad (habitualmente cada 3–5 días la placa y bolsa según débito). Mantener adecuada higiene y cuidado de la piel periestomal.

Duración del tratamiento: Uso permanente

Se extiende receta para provisión de insumos de ostomía.



Andrés Medrano Z.
Médico Familiar
Cub: 14.710.354-3
C.M: 24.257



martimed@gmail.com

Comercializadora Martimed Limitada

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

COTIZACION N° 1.852

24-junio-2026

L1 Santos dumontt

R.U.T.

NOMBRE

DIRECCION

CONCHALI

SANTIAGO

OBSERVACIONES

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-066	PLACA CONVEXA 45 413180	12	4.538	54.456
014-053	401544 NATURA BOLSA URO 45	12	2.941	35.292
014-026	25510 POLVO STOMAHESIVE	1	11.681	11.681
014-033	183910 PASTA STOMAHESIVE	1	11.681	11.681
057-064	704331 CAVILON SPRAY	1	11.681	11.681
SUBTOTAL				124.791
DESCUENTO				0
NETO				124.791
I.V.A.				23.710
TOTAL FINAL				148.501



marlene.sotoriffo@gmail.com

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

COTIZACION N° 1.956

04-mayo-2026

1 2 Independencia

R.U.T.

NOMBRE

DIRECCION

SANTIAGO

OBSERVACIONES

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-044	PLACA CONVEXA 45 22/45 413180	10	4.706	47.060
014-053	NATURA BOLSA URO 45 401544	10	3.353	33.530
014-026	POLVO STOMAHESIVE	1	12.403	12.403
014-033	PASTA STOMAHESIVE 183910	1	13.025	13.025
053-002	PELICULA PROTECT ALTER CAVILON	1	5.076	5.076
SUBTOTAL				111.094
DESCUENTO				0
NETO				111.094
I.V.A.				21.108
TOTAL FINAL				132.202

Marlene Soto Riffo
11.910.028-3
Av. Independencia 956



Rate:

COTIZACIÓN SOLO VALIDA POR MARZO 2026

[illegible]

Clinica de Heridas y Ostomias
CONVATEC MEDICAL CARE DE CHILE SPA
76.240.125-8

MOVIL +56934249429 (WSP) - CORREO CMC.CHILE@CONVATEC.COM
Av. Suecia 0181 Providencia



COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente :

Beneficiario :

Dirección :

Fono : N/T

Atencion : 211480

Fecha : 05/05/2026

Glosa

Programa : ASISTENCIA SOCIAL

SE ENTREGA I. SOCIAL JUNTO A DOC DE RESPALDO A YOHANNA
PARA FINANCIAMIENTO DE BOLSAS DE COLEOSTOMIA

Causa : INFORMES SOCIALES

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.						
Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
322523	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: 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 TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.



RECIBO

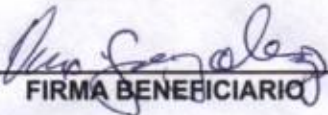
NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

2 CAJAS de DIPERMINA, 1 CAJA de IITOXAM y
1 CAJA de XIGIDOL XR \$ 101.680.-
(PROGRAMA ASISTENCIAL)


FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA LTDA.

RUT: 79.610.730-8

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

CASA MATRIZ: Egata 268

Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE

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

Boleta Electronica Nro.: 22474673

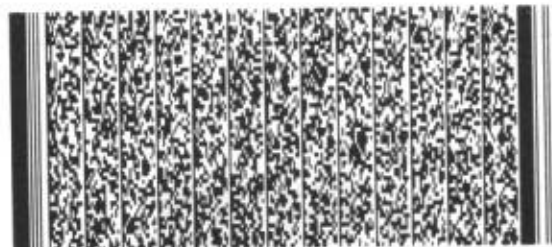
Fecha Emision: 01-07-2026

Boleta de Referencia: Comuna:INDEPENDENC

Descripcion			
Codigo	Cent.	Unitario	Valor
ILTUXAM 40/5 X28			
7841141003450	1.00 x	16.990	16.990
DIPENINA X 60			
7809531201565	1.00 x	21.240	21.240
DIPENINA X 60			
7809531201565	1.00 x	21.240	21.240
XIGUO XR 16/5 X56++++S			
5000456013802	1.00 x	42.210	42.210
TOTAL			101.680
Total Pagado			101.680
VUELTO			0

El IVA de esta boleta es \$16.235

FAR:INDEPENDEN VEN:ISMAR RAMIREZ



Timbre Electronico S.I.I.

Resol. 80 del 2014

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



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALI, 11 DE MAYO, 2026.

RECIBIDO SOCIAL

Esperando una favorable acogida, se despide.
Atte.



EVELYN PEÑA PAZ.
TRABAJADORA SOCIAL
DEPTO. SOCIAL

FGS.

Conoce los apoyos del Estado

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



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente
Beneficiario
Direccion
Atencion
Programa
Causa

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.							
Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
322835	MEDICAMENTO	(S	1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Estrella Quinteros

COTIZACION

Local: 73

Vd: Jessica Quirodran Moreno

Emission: 05/05/2026

Validez: 06/05/2026

Cliente: 63866563 ANA ANA

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	XIGDUO XR COM.5/1000MG.5	57.290	57.290
	***OCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE		-5.729
1	ILTUXAM COM.REC.40/5MG.2	25.390	25.390
	***OCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE		-2.539
1	DIPEMINA COM.500MG.60	46.590	46.590
	***OCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE		-4.659
TOTAL \$			116.343



00073040426885050526

6386656-3

Ana Gonzalez Olea

① Xigduo 5/1000
\$57,299② Dipemina 500mg
\$49,109③ Iltuxam 40/5
\$25,109

05/05/26

6386656-3.

Ana Gonzalez Olea.

① Xigduo 5mg x 1000
\$55400.② Dipemina 450mg.
\$39900.③ Iltuxam 40/5 x 28 comp.
\$25400.

SALCURBAND
FONO: 76.031.071-9
PORTA BULNES 446 STGO
FONO: 684 23 43

Stgo 05/05/2026.

Santiago de Chile, 02/05/2026

CERTIFICADO MÉDICO

Atentamente,



Victoria Cano Mora
17.692.957-K
Médico cirujano



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 PAZ

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.

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

: 3 cajas de Dipemina y 1 caja de Gamalate.-
(PROGRAMA ASISTENCIAL) \$ 114.520.-

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: Esq. 268

Comuna: QUILPUÉ - Ciudad: QUILPUÉ

Boleta Electrónica Nro.: 23903702

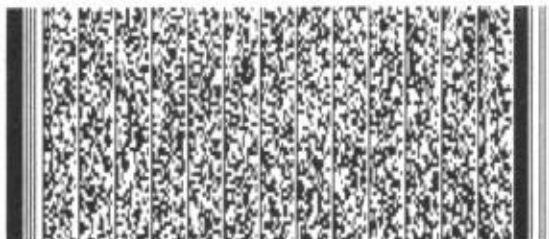
Fecha Emisión: 17-06-2026

Boleta de Referencia: Comuna: - Ciudad:

Descripción	Cant.	Unitario	Valor
Código			
DIPERINA X 60			
7809531201565	1.00 x	21.240	21.240
DIPERINA X 60			
7809531201565	1.00 x	21.240	21.240
DIPERINA X 60			
7809531201565	1.00 x	21.240	21.240
TOTAL			63.720
Total Pagado			65000
VUELTO			1280

El IVA de esta boleta es \$10.174

FAR: PATRONATO VEN: JOCELYN TISSIE



Timbre Electrónico S.I.I.

Resol. 80 del 2014

Verifique Doc.: www.factoracion.cl/ecofarmac/boleta

FARMACIAS CRUZ VERDE SPA

R.U.T.: 89.807.200-2

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

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

Boleta Electrónica Nro: 1833651858

Caja: 1

Fecha: 24-06-2026

Hora: 15:56:14

Sucursal: 736 AVDA. PERU 805 831 RECOLETA

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
GAMALATE B6 GRA.60	1	56.440	56.440
***DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-5.644
SUBTOTAL BOLETA \$			50.796
TOTAL NETO \$			42.686
TOTAL EXENTO \$			0
TOTAL IVA(18%) \$			8.110
TOTAL \$			50.796

PRODUCTOS	1	UNIDADES	1
Ajuste Ley 20.956			4
Dinero		\$	51.000
Efectivo		\$	50.800
Vuelto		\$	200

ALICIA GAMONAL

Vendedor: 15797 Maria Eugenia Soto del C

[251879]

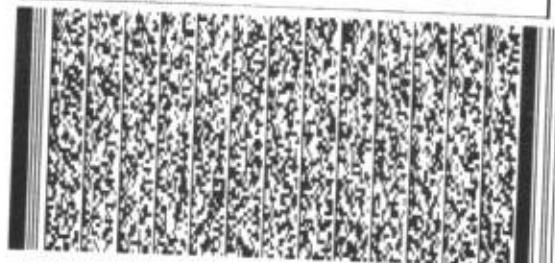
Socio Club Cruz Verde

PORQUE ERES SOCIO DEL CLUB CRUZ VERDE HAS AHORRADO:

EN ESTA COMPRA: \$ 5.644

EN LOS ULTIMOS 12 MESES: \$ 5.644

*Información de descuentos ya aplicados



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



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 11 de Mayo 2026

INFORME SOCIAL

1.- IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Rut:

Edad:

Estado civil:

Actividad:

Previsión De Salud:

Dirección:

Contacto:

2.- GRUPO FAMILIAR

3.- SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

4.- SITUACIÓN DE SALUD

5.-SITUACIÓN HABITACIONAL

6.- OPINIÓN PROFESIONAL



Fernanda Guijuelos Sanhueza

FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

ASISTENTE SOCIAL

DAS

228286534

Nombre (

Nº de Fich

Indicaci

Rp: Insuficiencia venosa en EEII.

- Dipiridina 450mg / Hespndina 50 mg.
60 comp VO.

1 comp cada 12 horas por 60 días
a permanencia.

Dra. Bárbara Guerrero Jiménez
Médico Cirujano
Rut: 20.129.001-5



Nombre y Timbre Médico


Firma

Fecha: 20 / 04 / 26

Nº Col. Médico

Nombre de

Nº de Ficha

Indicaciones. _____

Rp:

Gamalate 2 comprimidos
cada 24 horas por 1
mes. VO

Dra. Bárbara Guerrero Jiménez
Médico Cirujano
Rut: 20.129.001-5



Nombre y Timbre Médico

Barbara G.

Firma

Fecha: 20 / 04 / 26 Nº Col. Médico _____



Cotización Salcobrand

Código:	Detalle :	Precio:
	2800021 DIPERINA (B) 450MG/50MG X60COM.REC.	\$39.899
	30555 GAMALATE B6 X60GRA.	\$53.399

Valido por 5 días

08/05/26

Diperina 500 mg. X60

\$ 37 339.

Gamalte 60 comp.

\$ 56 449



SALCOBRAND S.A.
RUT: 76.031.071-9
Local 114 - Av. Américo Vespucio 1737 L-1005
Huechuraba

Local: 1102 Vd: VALENTINA MADELEINE POBLETE VALENZUELA
Emisión: 08/05/2026 Validez: 08/05/2026

CANT	ARTICULO	PRECIO	VALOR
1	GAMALATE B6 GRA.60	56.440	56.440
1	DIPERINA COM.500MG.60	46.940	46.940
TOTAL \$			103.380



01102040044172080528

Conoce los apoyos del Estado

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



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente
Beneficiario
Direccion
Atencion
Programa
Causa

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio	Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
INFO	322977	MEDICAMENTO	(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: FERNANDA GUIJUELOS SANHUEZA

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.



NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

: 3 cajas de JARDIANCE \$ 134.940=

(PROGRAMA ASISTENCIAL)


FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

VICTORIA CANALES Y COMPAÑIA LTDA.

RUT: 79.610.730-8

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

CASA MATRIZ: Egata 268

Comuna: QUILPUE - Ciudad: QUILPUE

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

Boleta Electronica Nro.: 22472103

Fecha Emision: 17-06-2026

Boleta de Referencia: Comuna:INDEPENDENC

Descripción	Cant.	Unitario	Valor
-------------	-------	----------	-------

JARDIANCE 25 X30			
4048846023032	3.00 x	44.980	134.940

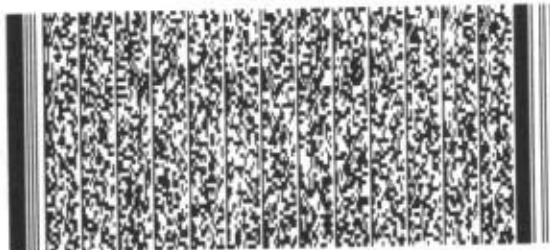
TOTAL 134.940

Total Pagado 140000

VUELTO 5060

El IVA de esta boleta es \$21.545

FAR:INDEPENDEN VEN:MARGARITA JORDA PEREZ



Timbre Electronico S.I.I.

Resol. 80 del 2014

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



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 29 de mayo 2026

INFORME SOCIAL

1.- IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Rut:

Edad:

Estado civil:

Actividad:

Previsión De Salud:

Dirección:

Contacto:

2.- SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

3.- SITUACIÓN DE SALUD

4.-SITUACIÓN HABITACIONAL

5.- OPINIÓN PROFESIONAL

Es cuanto puedo informar, Atte:



EVELYN PEÑA PAZ
ASISTENTE SOCIAL
D.A.S.

FGS



Conoce los apoyos del Estado

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



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente
Beneficiario
Direccion
Atencion
Programa
Causa

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.							
Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
322057	MEDICAMENTO	(E	1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Estrella Quinteros

Cotizaciones

Jardiance 25mg.
"Empagliflozina"

(1) 46.990
x 30 Comp.

Precio x el día.

FARMACIA PROFARMA
RUT. 77.175.814-2
CARDENAL CARO #1771
CONCHALI

28/04/26.

RICARDO ENRIQUE VASQUEZ HUERTA
RUT 9.964.916-K
VENTA AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES EN C
OMERCIO
C/M: AV. INDEPENDENCIA 4775, CONCEHALI, CONCEHALI
SUC.: AV. JOSE MARIA CARO 1752, CONCEHALI, CONCEHALI
COTIZACION
NUMERO: 28
FECHA: 28-04-2026 ID: 31489283
CREADO EL: 2026-04-28 10:50:38

ITEMS DEL DOCUMENTO

JARDIANCE 25MG X 30 COMP. REC

1 x \$50,990

= \$ 50.990

TOTALES DEL DOCUMENTO

MONTO IVA = \$ 8.141

MONTO TOTAL = \$ 50.990



31489283

DOCUMENTO SIN VALIDEZ TRIBUTARIA

IMPRESO: 2026-04-28 10:50:49 GMT-04:00

----- FIN DEL DOCUMENTO -----

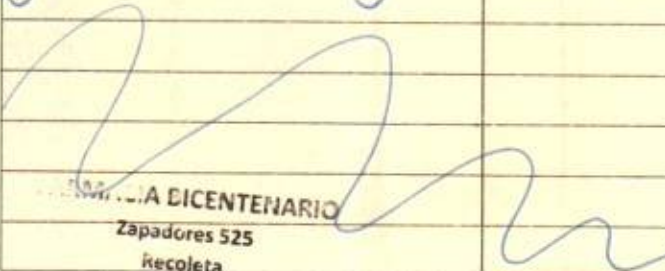
FARMACIA BICENTENARIO

HERNAN REYES MENARES LIMITADA

R.U.T.:76.319.942-8

AV.ZAPADORES N°525 - RECOLETA, SANTIAGO

FONO: 22 401 6809

DÍA	MES	AÑO	
27	04	26	
Jardiance 25mg			50.990
			
...A DICENTENARIO Zapadores 525 recoleta			
Fono 2 2401 6809			TOTAL \$ 50.990 DUPLICADO

DUPLICADO

CESFAM
JUANITA
AGUIRRE
AV. ALTONA 1835, CONCHALI

CORPORACION MUNICIPAL DE CONCHALI
DE EDUCACION DE SALUD
Y ATENCION DE MENORES
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE



PACIENTE _____

DIRECCION _____

FECHA _____

RUT _____

RP.

*Empaglifozina 25mg.
1 comprimido por día
en la mañana
permanente*

*Dra. Luciana Orellana Lara
Médico Cirujano
Rut 14.746.004-X
RCM 56367-7*

NOMBRE, RUT Y FIRMA DEL PROFESIONAL



JUANITA
AGUIRRE LUCIO



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

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

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

Son motivos de abstención los siguientes:

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

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

NOMBRE: EVELYN PEÑA PAZ

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

Aporte de \$ 190.000 PARA Examen de
: Colonoscopia -
(PROGRAMA ASISTENCIAL)


FIRMA BENEFICIARIO


FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

CLÍNICA AVANSALUD SPA

Giro: Clínica - Centro Médico - Estacionamientos y
Arriendo de Inmuebles Amoblados y sin Amoblar.
Avda. Salvador 100 - Providencia - Santiago.
Telefonos: 23662000 - Fax: 22230744

Fecha Emisión 25 Junio 2026

Nº De Orden de Atención

A0050658903

NOMBRE: Moscovia De Las Mercedes Espinoza Moreno

R.U.T.: 10.477.733-3

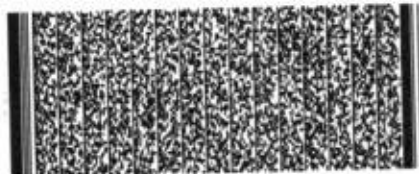
Código	Detalle de Prestación	Cant.	Valor Total
18-01-006-00	PAB 3 - Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia)	1	179.222
Clínica Avansalud SpA 25 JUN 2026 CANCELADO			
Monto Exento			179.222
Monto Total			179.222

Laboratorio Clínico

Imagenología

Clínicas Dentales

Especialidades Médicas



Timbre Electrónico SII
Res. 70 del 2010
Verifique documento: www.sii.cl

SUCURSALES Y OFICINAS

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0078040520-1 Clínica Avansalud Providencia S.A. / Médico tratante: 0078040520-1 CLINICA AVANSALUD

PRESTACIÓN		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
1801006	1 COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SI	\$88.420	\$27.630	\$0	\$60.790
1801006	1 COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SI	\$10.550	\$5270	\$0	\$5280
Totales		\$98.970	\$32.900	\$0	\$66.070

A Pagar: \$ 66070

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0016919212-K | Derivado por: 0000000000-0

Firmado electrónica por ESPINOZA MORENO MOSCOVIA DE LAS MERCEDES | Auditoria BONO-N2M4-TALG-RMEL

Clínica Avansalud SpA

25 JUN 2026

CANCELADO

Detalle de Cuenta Episodio: A0050658903

Nombre del Paciente:
Rut del Paciente:
Previsión:
Convenio:
Fecha:

Detalle de Prestaciones

Prestación	Cód. Fonasa	Nombre	Cantidad	Monto
1801006	18-01-006-50	Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia)	1	88,420
1801006-08	18-01-006-00	PAB 3 - Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y	1	189,772
			TOTAL CLP	278,192

Forma de Pago

Tipo de Pago	Nro. Documento	Monto
Tarj. de Débito	20260625095653048858453008	55,292
Efectivo		190,000
Bonificación	980126294	32,900
		TOTAL CLP 278,192

Detalle de Boletas Emitidas

Empresa	Tipo Boleta	Fecha Boleta	Nro. Boleta	Monto
CLINICA AVANSALUD SPA	Boleta Exenta	25.06.2026	101147893	179,222

08/02/26



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

CONCHALI, 06 DE FEBRERO, 2026.

INFORME SOCIAL

En virtud de la necesidad manifiesta, Trabajadora Social solicita aporte para la realización de examen médico colonoscopia, se adjuntan cotizaciones formales y certificado médico.

Esperando una favorable acogida, se despide.
Atte,


EVELYN PEÑA PAZ
TRABAJADORA SOCIAL
DEPTO. SOCIAL



Corporación de Educación, Salud
y atención de Menores de Conchalí

Nombre del Paciente: _____

N° de Ficha: _____

Indicaciones: _____

Rp:

Colonoscopia

Dr. Daniel Yopez H.
Médico Cirujano
Rut: 27.160.674-5
RCM: 54863-4

Nombre y Timbre Médico

Firma

Fecha

08 07 20

N° Col. Médico

¿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.

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



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHI

Nº de Presupuesto : 1182143
Fecha Presupuesto : 05/02/2026

Nombre
Institución
Valor Pr

Código Prestación	Descripción	Cantidad	Valor Prestación
1,801,006	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPIA Y COLO	1	\$ 95,568
32	SALA ENDOSCOPIA O COLONOSCOPIA	1	\$ 100,000

ESTIMADO PACIENTE : Total Presupuesto \$ 195,568
Es necesario se presente al menos con 30 minutos de anticipación a su cita para efecto de trámites en cajas y evitar atrasos.
Todos los pagos por prestaciones y procedimientos ambulatorios, deben ser cancelados en cajas de HCUCH
Todos los valores de Prestaciones, Procedimientos, Medicamentos e Insumos son referenciales, de acuerdo a los aranceles vigentes a la fecha y están sujetos a cambio sin previo aviso.
Este Presupuesto no incluye el valor de prótesis, ortesis, marcapasos y drogas de quimioterapia si correspondiere.

BRYAN ALEXIS HERNANDEZ MILLAN
NOMBRE FUNCIONARIO

HOSPITAL CLINICO U DE CHILE

EXÁMENES

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	HABIL (\$)	INHABIL (\$)
18-01-006-00	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOP	1	86.880	86.880
22-01-003-00	ANESTESIA REGIONAL O LOCAL	1	8.688	8.688
Emitir bono a nombre de: SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD RUT : 79980070-5				
TOTAL PARCIAL:		2	95.568	95.568
50-03-003-00	SALA DE PROCEDIMIENTO 3	1	114.391	114.391
50-01-705-00	INSUMOS COLONOSCOPIA	1	79.573	79.573
Emitir bono a nombre de: CLINICA DAVILA SERVICIOS MEDICOS RUT : 96530470-3				
TOTAL PARCIAL:		2	193.964	193.964
TOTAL EXÁMENES:		4	289.532	289.532

Clínica Dávila y
Servicios Médicos SPA
Rut: 96.530.470-3

TOTAL PRESUPUESTO: 4 289.532 289.532

Presupuesto emitido por: MYRIAM EVA
Presupuesto válido por 30 días hasta: 08/03/2026

Indicaciones para el examen 18-01-006-00 COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOP

EL PACIENTE DEBE ACUDIR A PRESUPUESTO PRIMER PISO EDIFICIO A ZONA D, PARA SOLICITAR PRESUPUESTO E INDICACIONES ANTES DE REALIZARCE EL EXAMEN .
LAS INDICACIONES Y PRESUPUESTO SE ENVIARÁN A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PRESUPUESTO.AMBULATORIO@DAVILA.CL, DEBE ADJUNTAR ORDEN MÉDICA VIGENTE, NOMBRE, RUT Y PREVISIÓN DEL PACIENTE. CORREOS SE RESPONDEN DE LUNES A VIERNES HASTA 17:30 DE CADA DÍA. EN CASO DE ESTAR EN LA CLÍNICA,PODRÁN SOLICITARLO EN EL ÁREA DE PRESUPUESTOS,EDIFICIO A, PISO 1,ZONA D, LUNES A VIERNES 09:00 A 18:00HRS.
"EXAMEN NO PUEDE SER RESERVADO, NI MODIFICADO EN HORARIO, PARA EL MISMO DIA DEBE PRESENTARSE 1 HORA ANTES DEL EXAMEN

IMPORTANTE
Este presupuesto es referencial y puede variar, se pueden agregar cobros adicionales y que no fueron presupuestados producto de:
La Toma de muestras adicionales al momento de la atención.

En caso de tomar biopsias Ud. Deberá firmar un pagare el día del procedimiento, es el profesional a cargo quien determinara la cantidad de muestras a tomar en caso de que sea necesario (el rango de 1 biopsia simple es de \$80.000 aprox.)

Insumos e instrumental adicional o distinto al descrito en orden médica u otro procedimiento adicional que se haya debido efectuar producto de hallazgos, que obligan a modificar el procedimiento, o por complicaciones.

PRESUPUESTO ESTIMADO

DATOS PACIENTE

690 718 6000

NOMBRE:

RUT:

Teléfono:

DATOS PRESUPUESTO

NÚMERO PRESUPUESTO: P00002761

ASEGURADORA: Fonasa ST Fonasa MLE

FECHA PRESUPUESTO: 05/02/2026

CÓDIGO	PRESTACIÓN	CATEGORÍA	CANT.		Total
1801006-09	Anestesia - Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia)	Anestesia General o Regional	1	\$	8.688
1801006-08	PAB 3 - Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia)	Pabellones y Salas	1	\$	98.662
1801006	Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia)	Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	1	\$	86.880
TOTAL GENERAL:			\$		194.230

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 05/02/2026 hasta 20/02/2026

SERVICIOS MÉDICOS BICENTENARIO SpA

+ Gastos \$25.000

PRESUPUESTO ESTIMADO

DATOS PACIENTE

NOMBRE:

RUT:

Teléfono:

DATOS PRESUPUESTO

NÚMERO PRESUPUESTO:

P00002762

ASEGURADORA:

Fonasa ST Fonasa MLE

FECHA PRESUPUESTO:

05/02/2026

CÓDIGO	PRESTACIÓN	CATEGORÍA	CANT.		Total
0801005	Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas especiales (incluye descalcificación) (por cada órgano)	Anatomia Patologica	1	\$	35.390
0801008	Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	Anatomia Patologica	1	\$	24.370
TOTAL GENERAL:			\$		59.760

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 05/02/2026 hasta 20/02/2026

SERVICIOS MÉDICOS BICENTENARIO SpA



COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente
Beneficiario
Direccion
Atencion
Programa
Causa

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim. Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
318079	EXAMEN	(ESL)	1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Estrella Quinteros



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

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

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

Son motivos de abstención los siguientes:

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

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

NOMBRE: 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 TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO A SU JEFATURA DIRECTA, PARA DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL EL CASO.

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

:TAC de tórax sin contraste \$ 135.000/-
(PROGRAMA ASISTENCIAL)



FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

ADMINISTRADORA Y PRESTADORA DE
SERVICIOS PROFESIONALES LIMITADA
77.124.490-4

Giro:

ADM,ASES,EXPL,CLIN,FARM,C.MED,LAB,I
MP.VTA MAQ.Y EQU.MED,DIST.PROD.QU
AV DGO STA MARIA 3962-B

Renca

BOLETA EXENTA ELECTRÓNICA NUMERO:
621

REF. VENDEDOR: 6443918-9

Fecha: 2026-06-24

Datos del receptor:

SEÑOR(ES): VICTOR CORTEZ SAN
MARTIN.

R.U.T: 9.251.897-3

BOLETA SCANNER TORAX SIN CONTRASTE
0403013.

\$ 135.000



Timbre Electrónico SII

Res. 99 de 2014

Verifique documento en sii.cl



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 11 de mayo de 2026

INFORME SOCIAL

I.-INDIVIDUALIZACIÓN:

- NOMBRE**
- RUT**
- F. DE NAC**
- EDAD**
- ACTIVIDAD**
- ESTADO CIVIL**
- PREVISIÓN**
- DOMICILIO**
- TELÉFONO**
- CORREO**

II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

III. SITUACIÓN HABITACIONAL



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO SOCIAL

Conchalí, 11 de mayo de 2026

IV. SITUACIÓN DE SALUD

V. SITUACIÓN ACTUAL Y ECONÓMICA

VI. OPINION PROFESIONAL

Es cuanto puedo informar, Atte.


Evelyn Peña Paz
Trabajadora Social
Municipalidad de Conchalí.



MRL.

Conoce los apoyos del Estado

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



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

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

DATOS DEL PACIENTE

R.U.T.
Edad
Calle / Av.
Teléfono
Servicio:

RAZÓN DEL EXAMEN:

fracturas costales.

TAC

403013-TÓRAX TOTAL ALTA RESOLUCIÓN EXAMEN SIN CONTRASTE

OTROS EXAMENES:

MOTIVO:


ROBERTO MORA GODOY
16155013-2



PRESUPUESTO EXAMEN

Junto con saludar adjunto presupuesto solicitado:

Previsión: FONASA A (PARTICULAR)

Fecha: 28/04/2026

Examen	Fonasa	CODIGO	Particular
TAC TORAX	-	0404013	135,000.

TOTAL : 135,000.

CENTRO MEDICO APSA SALUD

+56978084857

JOSE FRANCISCO VERGARA #471

APSA LTDA.
RUT: 77.124.490-4

CENTROS MÉDICOS Y RADIOLÓGICOS APSA LTDA R.U.T.: 77.124.490-4

SAN VALENTÍN: Manuel Antonio Matta 437 • 2º Nivel • Fonos: 22627 3209 • 22627 3210 • 22627 3211 • Centro Comercial San Valentín • QUILICURA
APSA SALUD: O'Higgins 314 • Fonos: 22603 4762 • 22603 1540 • Hipermercado Lider • QUILICURA
SAN VALENTÍN 2: Av. Domingo Sta. María 3962 • Fonos: 22641 7723 • 22641 7922 • Centro Comercial Santa Isabel • RENCA
LA CIUDADELA: Avenida Dorsal 1201 • Fonos: 22734 9482 • 22734 9591 • Centro Comercial La Ciudadela • CONCHALI
CENTRO MÉDICO DIAGONAL SUR: Ernesto Alvear 115 • Fono: 22850 0270 • PUENTE ALTO

COTIZACION DE EXAMEN

Señores: I. Municipalidad de Quilicura

Fecha: 28 - 04 - 2026

Nom

Previ

RUT

Examen a cotizar:

1. TAC DE TORAX \$ 165.500

Total de exámenes a realizar: \$ 165.500

Sr. César García González
Administrativo
Centro Médico y Radiológico
Quilicura S.A.

CENTRO MEDICO Y RADIOLOGICO
QUILICURA S.A.
RUT 78.531.240-6

Nota: Esta cotización posee una vigencia de 30 días.
Valorizado por: K. SALAS

COTIZACIÓN

I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

Presente

A solicitud del pacient _____ e extiende la
siguiente cotización de examen valor FONASA A, de acuerdo a la Orden Médica adjunta

Tac de Torax sin Contraste \$ 317308

Total cotización \$317308.-

Integramédica
Servicio al Cliente
Santiago Norte
RUT 15.090.194-K

Servicio al Cliente
Integramédica
Norte

Santiago, 30 de abril 2026,-

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente :
Beneficiario :
Direccion :
Atencion :
Programa :
Causa :

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.	Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
	323108	EXAMEN	(ESL)	1	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Evelyn Peña



MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

f

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 Pina

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.

CONSULTA VALIDEZ DE UN DOCUMENTO

Esta página muestra si la boleta electrónica emitida por un contribuyente ha sido informada por éste al SII.

Resultado de la consulta
Documento Recibido por el SII

Documento consultado
R.U.T. 77124490-4 Boleta Exenta Electronica Nº 621 Identificador de envío: 22589348887

2026/07/08 11:37:02



CONCHALI

19	06	26
----	----	----

RECIBO

NOMBRE

DIRECCIÓN

C. IDENTIDAD

BENEFICIO

Ecotomografía Doppler Arterial y Venosa EE.II.
(PROGRAMA ASISTENCIAL) 9169.340-

FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

979371882

Convenio: 13063 - Redsalud Conchalí Médico

Fecha Emisión: 2026-06-19

Hora: 09:20:10

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

DATOS DE PRESTADOR
Profesional / Institución 0096942400-2 Megasalud S.A.



PRESTACIÓN		Valor	Bonificación Financiador	Otra Bonificación*	Copago
0404118	1 ECOGRAFIA VASCULAR (ARTERIAL Y VENOSA) PERIFERICA (BILATERAL)	\$100.860	\$31.520	\$0	\$69.340
Totales		\$100.860	\$31.520	\$0	\$69.340

A Pagar: \$ 69340

Detalles otras bonificaciones*
MEDIOS DE PAGO**
Emisor: 0016145843-0 | Derivado por: 0096942400-2 d

Firmado electrónica por PAREDES ULLOA JOSE MIGUEL | Auditoria BONO-N2M4-BHFY-795C



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO ASISTENCIA SOCIAL

Conchalí, 13 de mayo 2026

INFORME SOCIAL

1.- IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Rut:

Edad:

Estado civil:

Actividad:

Previsión De Salud:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico

2.- GRUPO FAMILIAR

3.- SITUACIÓN HABITACIONAL

4.- SITUACIÓN DE SALUD

5.-SITUACIÓN ACTUAL Y ECONOMICA

6.- OPINIÓN PROFESIONAL

Es cuanto puedo informar, Atte.




EVELYN PEÑA PAZ
TRABAJADORA SOCIAL
DEPARTAMENTO SOCIAL

YSM



FICHA DE SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

Fecha de solicitud: 12-05-2

DATOS DEL PACIENTE

R.U.T.
Edad
Calle / A
Teléfono
Servicio

DIAGNÓSTICO:

edema piernas

ANTECEDENTES:

edema de eel en estudio

RAZÓN DEL EXAMEN:

ECOTOMOGRAFÍA

404119-ECO DOOPLER

OTROS EXAMENES: ecodoppler arterial y venoso eel

MOTIVO: -



Presupuesto AMBULATORIO

SUCURSAL: CLINICA DAVILA
N° DE PRESUPUESTO: 1075680
NOMBRE PACIE
N° DOCUMENT
PREVISIÓN: FO
FECHA EMISIÓN



EXÁMENES

CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	HABIL (\$)	INHABIL (\$)
04-04-118-00	ECO VASCULAR (ARTERIAL/VENOSA) PERIF BI	1	100.860	100.860
Emitir bono a nombre de: SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD RUT : 79980070-5				
TOTAL PARCIAL:		1	100.860	100.860
TOTAL EXÁMENES:		1	100.860	100.860

TOTAL PRESUPUESTO: 1 100.860 100.860

Presupuesto emitido por: LESLIE NICOLLS
Presupuesto válido por 30 días hasta: 06/06/2026

Clínica Dávila y
Servicios Médicos SPA
Rut: 96.530.470-3

PRESUPUESTO MEDICO AMBULATORIO

Nombre del pacient

Rut:

Previsión:

Examen : Ecotomografia doppler arterial y venosa de extremidades inferiores

Código : 0404118

Valor: \$ 69.340.-

MEGASALUD SpA



Megasalud SPA

Rut 96.942.400-2 (CDM Conchalí)

Santiago, Abril 2026.



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.

ARTÍCULO 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 Pérez

FIRMA:

TIMBRE:



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

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente
Beneficiario
Direccion
Atencion
Programa
Causa

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.							
Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
323054	INFORME SOCIAL	(D	2	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Evelyn Peña

HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHI

Nº de Presupuesto : 1192929
Fecha Presupuesto : 27/04/2026

PRESUPUESTO AMBULATORIO

Nombre Paciente : X X X	Rut Paciente	1	9	Teléfono :	0
Institución : FONASA	Convenio : FONASA LIBRE ELECCION				
Valor Programa : \$	100,860	Diferencia del Programa :			
Código Prestación	Descripción	Cantidad	Valor Prestación		
404,118	ECOGRAFIA VASCULAR (ARTERIAL Y VENOSA) PERIFERICA (	1	\$	100,860	

ESTIMADO PACIENTE :

Es necesario se presente al menos con 30 minutos de anticipación a su cita para efecto de trámites en cajas y evitar atrasos.
Todos los pagos por prestaciones y procedimientos ambulatorios, deben ser cancelados en cajas de HCUCH
Todos los valores de Prestaciones, Procedimientos, Medicamentos e Insumos son referenciales, de acuerdo a los aranceles vigentes a la fecha y están sujetos a cambio sin previo aviso.
Este Presupuesto no incluye el valor de prótesis, ortesis, marcapasos y drogas de quimioterapia si correspondiere.

NICOLE OSORIO SALGADO
NOMBRE-FUNCIONARIO

Fonasa B, C, D \$69.740

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

C. IDENTIDAD _____

BENEFICIO

: 21 BOLSAS de UROSTOMIA \$ 144.900.-

(PROGRAMA ASISTENCIAL)

Manuel Solgado S.
FIRMA BENEFICIARIO



FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

R.U.T.: 76.309.942-3
COMERCIALIZADORA MARTIMED
LIMITADA
S.I.I. SANTIAGO NORTE
BOLETA ELECTRONICA: 143467
Giro: VENTA DE ARTICULOS ORTOPED
ICOS INSUMOS MEDICOS
Direccion: SANTOS DUMONT 1030-B
- INDEPENDENCIA
Emision: 24-06-2026
DETALLE
VARIOS 1X144.900 144.900

Neto \$ 121.765
IVA \$ 23.135
Total \$ 144.900



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

L1 Santos dumontt

Cliente

COMPROBANTE DE VENTA Nº
V/ 2 FARIAS

FECHA: 24-06-2026
DETALLE

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

CODIGO	COL.	PRECIO	TOTAL
014-043	BOLSA UROSTOMIA	6.900	144.900
21 Prendas		SUBTOTAL:	144.900
		REDONDEO:	0
		TOTAL:	144.900

COMPROBANTE NO VALIDO COMO BOLETA
GRACIAS POR SU COMPRA

41/2026



CONCHALI, 23 DE ABRIL, 2026

INFORME SOCIAL

I.-INDIVIDUALIZACIÓN:

- NOMBRE
- RUT
- F. DE NAC
- EDAD
- ACTIVIDAD
- ESTADO CIVIL
- PREVISIÓN
- DOMICILIO
- TELÉFONO

II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

CONCHALI, 23 DE ABRIL, 2026

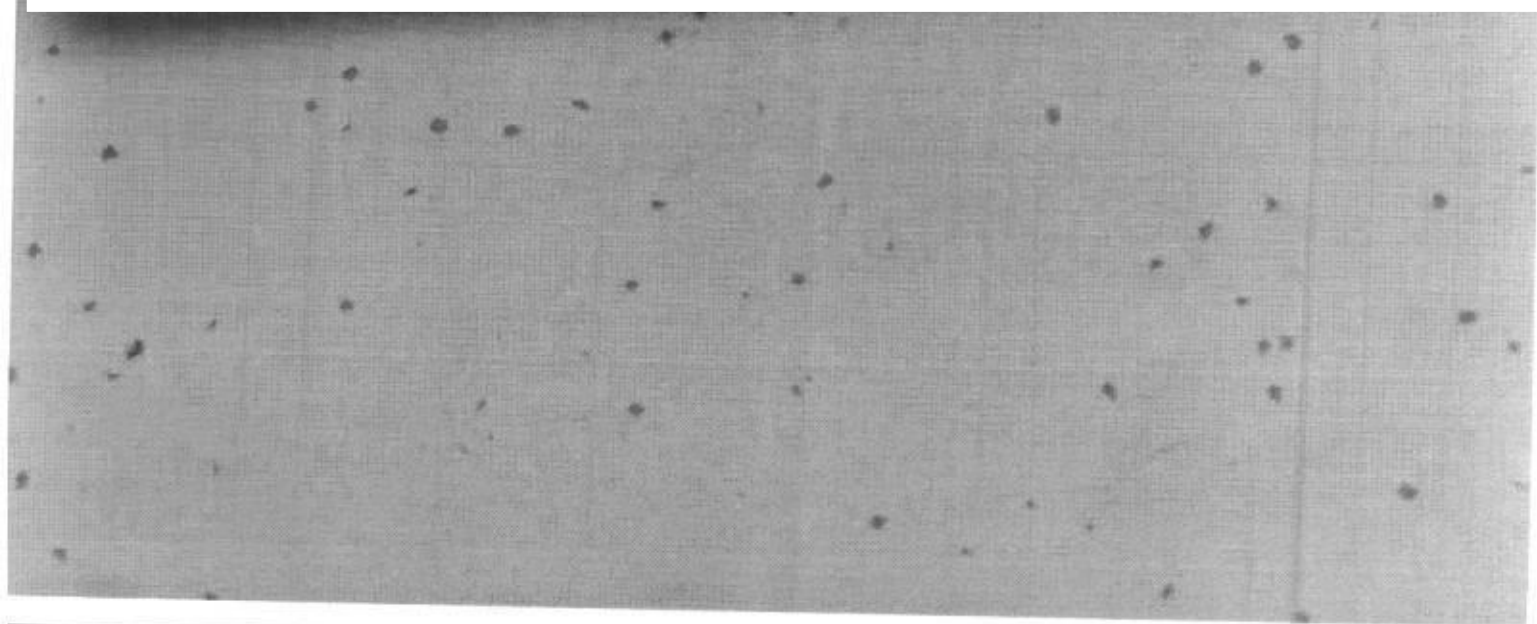
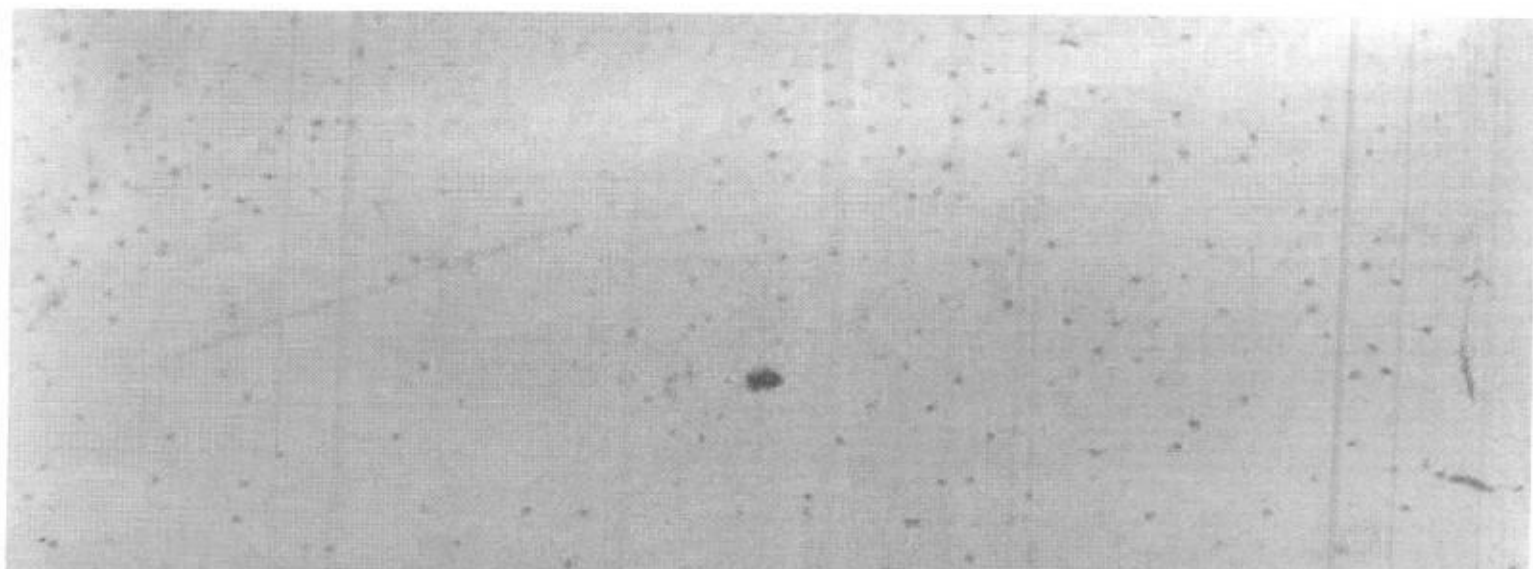
VI. OPINION PROFESIONAL

Es cuanto puedo informar, Atte.


Evelyn Peña
Trabajadora Social
Municipalidad de Conchalí.



Camila /Abarca .



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.



Monto	Fecha
\$ 231.732	01/02/2026
\$ 224.004	01/01/2026
\$ 224.004	01/12/2025
\$ 224.004	01/11/2025
\$ 224.004	01/10/2025
\$ 224.004	01/09/2025
\$ 224.004	01/08/2025
\$ 224.004	01/07/2025
\$ 224.004	01/06/2025
\$ 224.004	20/05/2025
\$ 224.004	01/04/2025
\$ 224.004	01/03/2025
\$ 224.004	01/02/2025
\$ 214.296	01/01/2025

Suma

orte

eficios

Generar

Cc

entel

Alertas de gestión
de cuentas
Detalle

Alertas de gestión
de cuentas
Detalle

Alertas de gestión
de cuentas
Detalle

Potenciales
generación
Detalle

Alertas de gestión
de cuentas
Detalle

Alertas de gestión
de cuentas
Detalle

Alertas de gestión
de cuentas
Detalle

Alertas de gestión
de cuentas
Detalle

Manuel Antonio Salgado Salgado

Pensión Garantizada Universal

Ciudadano	RUN	Tipo	Monto	Fecha	
			\$ 231.732	01/02/2026	
			\$ 224.004	01/01/2026	
			\$ 224.004	01/12/2025	
			\$ 224.004	01/11/2025	BLAC
			\$ 224.004	01/10/2025	SPCAN
			\$ 224.004	01/09/2025	
			\$ 224.004	01/08/2025	
			\$ 224.004	01/07/2025	
			\$ 224.004	01/06/2025	
			\$ 224.004	20/05/2025	
			\$ 224.004	01/04/2025	
			\$ 224.004	01/03/2025	
			\$ 224.004	01/02/2025	
			\$ 214.296	01/01/2025	



INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
SERVICIO DE SALUD METROP. NORTE

INFORME MEDICO

Historia Clínica Resumida:

CERTIFICO QUE EL PACIENTE PRESENTA EL DIAGNÓSTICO DE CANCER DE VEJIGA. POR ESTE MOTIVO FUE OPERADO: CISTECTOMIA RADICAL Y UROSTOMIA. POR ESTO UTILIZA BOLSA DE UROSTOMIA A PERMANENCIA. SE UTILIZAN 10 UNIDADES AL MES.

Motivo del Informe:

APOYO COMPRA DE BOLSA DE UROSTOMIA.

Santiago, 12/03/2026


Dr(a). ROBERTO MAURICIO VILCHES PAEZ
RUT: 15028504-6
UROLOGIA
Instituto Nacional del Cáncer



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

marlene.sotorizzo@gmail.com

COTIZACION N° 1.915 16-marzo-2026
L3 Independencia

R.U.T.
NOMBRE
DIRECCION
OBSERVACIONES

SANTIAGO

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-043	BOLSA UROSTOMIA 1 PZA 64927	40	6.378	255.120
SUBTOTAL				255.120
DESCUENTO				0
NETO				255.120
I.V.A.				48.473
TOTAL FINAL				303.593

Marlene Soto Rizzo
11.910.028-3
Av. Independencia 956



TRIMEDIC
INSUMOS MEDICOS Y ORTOPEDICOS

Nº 520

COTIZACION

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

RUT
CLIENTE
DIRECCION
CONTACTO
E-MAIL
GIRO

FECHA

16-03-2026

TELEFONO
TIPO DE PAGO

CANTIDAD	PRODUCTO	PRECIO U. c/ IVA	V. TOTAL
40	Bolsas convatec 1 pieza	\$ 4.190	\$ 167.600
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0
			\$ 0

 TriMedic 76.847.721 - 3 Av. Independencia 928 Fono 224016358		
	VALOR TOTAL	\$ 167.600

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



martimed@gmail.com

Comercializadora Martimed Limitada

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

COTIZACION N° 1.803

16-marzo-2026

L1 Santos dumontt

R.U.T.

NOMBRE

DIRECCIO

OBSERVACIONES Municipalidad de conchali

ARTICULO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UN.	TOTAL
014-043	BOLSA UROSTOMIA I PZA 19/45	40	5.798	231.920
SUBTOTAL				231.920
DESCUENTO				0
NETO				231.920
I.V.A.				44.065
TOTAL FINAL				275.985

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

COMPROBANTE DE ATENCION SOCIAL

Expediente :
Beneficiario :
Direccion :
Atencion :
Programa :
Causa :

RECIBI DE LA MUNICIPALIDAD LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Movim.							
Numero	Servicio		Cant.	Valor	Articulo	Descripcion	Cant.
321807	INFORME SOCIAL	(D	2	0			

BENEFICIARIA(O)

ASISTENTE SOCIAL

DIGITADO POR : Fernanda Guijuelos



MUNICIPALIDAD DE CONCHALI –
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO –DEPT. ASISTENCIA SOCIAL

DECLARACIÓN PROFESIONAL TRATANTE

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

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

Son motivos de abstención los siguientes:

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

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

NOMBRE: *Evelyn Pantoja*

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.