

REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECCIÓN MUNICIPAL

Alto Hospicio, 19 de Abril de 2012.-
DECRETO ALC. N° 756/2012.-

VISTOS: La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Ley N° 19.925 sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas, en especial su Artículo 19, que autoriza al Sr. Alcalde a otorgar autorización especial transitoria para la venta de alcoholes, cuando se persigan fines de beneficencia; Carta de 28 de Marzo de 2012, de don Luis Mamani Yante, que solicita dicho permiso para la realización de un evento bailable, programado para el 21 de Abril de 2012 en el horario que indica; Providencia N° 01300/12, de 28 de Marzo de 2011 que adjunta la mencionada carta.

CONSIDERANDO: que el otorgamiento de autorización especial transitoria es una facultad privativa del municipio, siempre que se configure alguna de las hipótesis establecidas en la norma.


DECRETO:

- 1.- Autorízase de manera especial y transitoria de conformidad al Artículo 19 de la Ley de Alcoholes, el expendio y consumo de bebidas alcohólicas, desde las 21:00 horas del día Sábado 21 de Abril de 2012 y hasta las 04:30 horas del día siguiente, en el inmueble ubicado en parcela 15, sector Cerro Hermoso, Alto Hospicio, con ocasión de la celebración de evento bailable a beneficio de doña Jacinta Cáceres Cayo, vecino del sector antes señalado.
- 2.- Cóbrese por la Dirección de Administración y Finanzas la suma de 3 U.T.M., por concepto de derechos municipales para la mencionada fiesta bailable.
- 3.- Fiscalícese el cumplimiento del presente Decreto, y el pago de los permisos y derechos municipales respectivos, por la Dirección de Administración y Finanzas, a través de sus Departamentos de Rentas Municipales y de Inspección y Fiscalización, conforme los valores aprobados por Ordenanza.

Fdo. Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde de la Comuna; Leticia Robles Valenzuela, Secretaria Municipal.

Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.


LETICIA ROBLES VALENZUELA
SECRETARIO MUNICIPAL

RMAT/jrh
Distribución:
Interesado
Dpto. Inspección
Dpto. Rentas
Dir. Control

Jorge Ignacio Reyes

De: Orlando Veliz [oveliz@maho.cl]
Enviado el: viernes, 20 de abril de 2012 12:07
Para: 'Rosa Maria Alfaro'
CC: 'Jorge Reyes'
Asunto: Modificación de Decreto.-

Sra. Directora.

Junto con saludarla, agradeceré a Ud. efectuar la modificación al Decreto N° 756/2012. En atención a que el contribuyente la entregó en forma equivocada.

Donde Dice: Parcela 20
Debe Decir: Parcela 15.

Atte.-

Orlando Veliz
Rentas.-

786-12
19.01.2012

ja fr: hernandez



DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS - SECCION RENTAS MUNICIPALES

MEMORANDUM 104/2012



A: ROSA MARIA ALFARO TORRES
DIRECCION JURIDICA

DE: ORLANDO VELIZ HERNANDEZ
JEFE DE RENTAS MUNICIPALES

Junto con saludarle, adjunto remito a Ud., para su conocimiento Providencia N° 1300. Sobre la realización de una Actividad bailable con venta de alcohol a beneficio de Jacinta Cáceres Cayo, a realizarse el día 21 de Abril del 2012. Desde las 21:00 a 04:30 hrs. Por lo cual solicito a Ud. Se extienda el Decreto Alcaldicio respectivo.-

Valor de la Actividad: 3UTM \$118.710
01.- Según Ordenanza Municipal.

Sin otro particular. La saluda Atentamente.-



ORLANDO VELIZ HERNANDEZ
RENTAS MUNICIPALES

Alto Hospicio, 19 de ABRIL de 2012

3 ITM

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

RECIBIDO
29 MAR. 2012
HORA. 15 / 18
SECCION: RENTAS / MAHO.



OFICINA DE PARTES

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

22 ABRIL
FECHA MODIFICADA
POR EL INTERESADO

PROVIDENCIA N° 001300 2012

FECHA: 28 MAR 2012

DERIVADO A:

- ALCALDIA
- ADM. MUNICIPAL
- SECRET. MUNICIPAL
- DIREC. JURIDICO
- SECOPLAC
- DIREC. DE CONTROL
- DAF
- RENTAS
- INSPECTORES
- DOM
- DIDECO
- DAO
- DEPORTES - CULTURA
- DIREC. DE TRANSITO
- DIREC. SERV. TRASPASADOS
- EDUCACION
- SALUD
- R.R.P.P.
- OF. TERRITORIAL
- OF. EMERGENCIA

OBSERVACIONES:

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

28 MAR 2012

13:35 HRS.
ALCALDIA

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
ALCALDE
ALCALDE

SEÑOR:
RAMON GALLEGUILLOS PEREZ
ALCALDE
ILUSTRE DE LA MUNICIPALIDAD ALTO HOSPICIO
PRESENTE



De mi consideración:

Junto con saludarle y tambien a su dignisimo cuerpo de Consejales la presente es para comunicarle lo siguiente.

Yo Luis Mamani Yante, Rut: 6.325.454-1, como ya es de su conocimiento la enfermedad que padece mi esposa Jacinta caceres Cayo de ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTROPOROSIS, le comento que mi esposa hace un mes específicamente el 10 de febrero sufrio una caida muy fuerte debido a su enfermedad por lo debil que estan sus huesos según los primeros exámenes de Rayos X no arrojaron nada pero si le recetaron paracetamol(para el dolor) y diclofenaco (antiflamatorio), pero ella seguia con sus dolores le dificultaba caminar porque sentia dolor a la columna y a la cadera derecha por lo mismo tuve que comprar una silla de rueda para trasladarla. -

No me quede tranquilo y insisti nuevamente para que le volvieran hacer un Rayo X al mismo tiempo pedir hora para Neorologia, Me atendio el Doctor Gabriel Millanao, el cual agradezco inmensamente por su disponibilidad que le mando a hacer un examen y Escaner a la Columna a mi esposa urgentemente en la unidad de Urgencia del Hospital Ernerto Torres Iquique, estuve horas y horas esperando el dia Lunes 26 de Marzo y ese dia según el escaner arrojó que la noticia que mi esposa quedaria hospitalizada debido a que tiene un vertebra quebrada parte fundamental para que pueda seguir caminando por lo mismo tenien que operarla urgentemente apenas haya una sala disponible operación muy delicada que se realizara en cualquier momento.

Aca es donde le pido su ayuda como esposo estoy desesperado, yo hace algunos años pude pagar mis imposiciones porque estaba trabajando y ahí tenia como carga familiar a mi esposa, pero desde el año pasado deje de trabajar porque me detectaron Osteoporosis en las rodillas, entonces actualmente mi sra. No tienen ninguna prevision ni como clase A indigente. Para que le hicieran el escaner tuve que firmar un pagare de \$280.000. aproximado y mas tengo que pagar los dias que ella esta actualmente hospitalizada y la operación a la Columna que no se cuanto me saldra valores que pagare una vez que la operen ya que ella no tiene ninguna prevision de salud. ; desesperado por esta situación veo como unica salida mas rapida por el poco tiempo que me queda para juntar parte del dinero, trabajar en lo que siempre y toda mi he hecho realizar una actividad bailable con venta de alcohol a beneficio de mi esposa para este VIERNES 30 de marzo de 2012, por lo que ya le comente asi todo tan rapido pude conseguir un local en alto hospicio en Cerro Hermoso parcela 20 donde me accedieron sin cobro alguno el local y en esta situación yo como respuesta a su apoyo para autorizarme este permiso puedo, le ofresco humildemente mi agrupación SUPER GENIMANS , para alguna actividad que uds, como Municipalidad que estimen conveniente gratuitamente. Estoy muy angustiado quiero solo que mi esposa salga de operación su caso es grave no es cualquier cosa así desesperado pido que haga una excepcion y me pueda apoyar.

Sin otro particular se despide

LUIS MAMANI YANTE

[Handwritten signature]
491846
76780549.

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

28 MAR 2012

13:35 HRS.
ALCALDIA



HOSPITAL DR. E. TORRES G.
SERVICIO CIRUGIA

CERTIFICADO MEDICO

Don (a): paciente nicolase cocero goyo

Rut: 16.919.145-2 Causa N°: _____

Permanencia Hospitalizada: Quirupie F. Clínica N°: _____

Desde el: 26 de Mayo al _____ del 2012

Con el siguiente diagnóstico: _____

Traumatismo de la médula

Observación: Paciente se encuentra

Se extiende el presente certificado a petición del paciente o familiares, para los fines que estimen conveniente.

FIRMA:



[Handwritten signature]

IQUIQUE, 27 DE Mayo DEL 2012



HOSPITAL DR. E. TORRES G.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AUTORIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL HOSPITAL AMIGO EN SERVICIO DE ADULTOS

FECHA: 26 DE 03 DEL 2012, SE ME HA INFORMADO RESPECTO A:

1. Soy libre para decidir si realizo o no el acompañamiento de mi familiar.

2. Requisitos:

- Ser adulto responsable mayor de 18 años e idealmente del mismo sexo del paciente.
- Ser familiar directo del paciente o tutor y/o cuidador designado por la familia.
- Sólo puede asumir el acompañamiento 1 persona.
- El cuidador que hará la vigilia, debe traer elementos para abrigo y su comodidad

3. Obligaciones del familiar y/o tutor:

- Cumplir con las normas del servicio y deberes mencionados en el tríptico.
- No ingresar al servicio fuera del horario de visitas autorizadas previamente.
- Informarse sobre el estado de salud del paciente directamente con el médico tratante, en horario establecido por cada servicio.
- Participar en forma activa con el personal en el desarrollo de las actividades de aseo y confort que requiera el paciente.
- Seguir las indicaciones dadas por el personal del equipo de salud en relación a la colaboración en la mantención de los elementos invasivos (sondas, catéteres, vías venosas, etc.).

4. Obligaciones del servicio:

- Entregar un tríptico al ingreso, para la orientación de la estadía en el hospital. (SI _____ NO ✓)
- Estar informados de la creencia religiosa del paciente (católico).
- Facilitar el acompañamiento del adulto mayor.
- Otorgar información del estado del paciente, por parte del médico tratante.
- Disponer de una silla para visita y/o vigilia.
- Realizar educaciones de cuidados básicos de enfermería en terapias que se prolonguen a domicilio.

5. Modalidad de visita autorizada (firmar la alternativa que autoriza):

- a)- Visita general: De 16:00 a 18:00 _____
Entrada de acceso por _____
- b)- Acompañamiento y asistencia de una persona significativa (alimentación, aseo etc.) : De 06:00 a 07:00, de 08:30 a 09:30, de 12:30 a 13:30 y de 18:00 a 19:00 horas. _____
Entrada de acceso por _____
- c)- Acompañamiento del adulto mayor (más de 60 años) las 24 horas del día, entrada durante la noche, a las 20:30 horas, hasta las 00:00 o las 07:00 del día siguiente. ✓ _____
Entrada de acceso por centro hospitalario _____

6. Toma de conocimiento y responsables:

Nombre del Paciente Juanita Caceres RUT y firma _____

Nombre del Familiar y/o tutor CAROLINA RAMANI CACERES RUT y firma [Firma]

Enfermera/o Responsable Paula Benzo RUT y firma [Firma]



CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO
SOCIAL DE IQUIQUE
DEPARTAMENTO DE SALUD

ANEXO Nº 3
FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACION AL PACIENTE GES
(Artículo 24º, ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCION(Hospital, Clínica, Consultorio, Etc....): Spure
 DIRECCION: 3 Antofagasta CIUDAD: Spure
 NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: José María Salazar
 RUT: 1.844.534-3

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: José María Salazar Cordero
 RUT: 6919145-2 PREVISION: FONASA ISAPRE
 DOMICILIO: _____ COMUNA _____ REGION _____
 TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____
 DIRECCION CORREO ELECTRONICO (E-MAIL) _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA GES: HTA
 Confirmación Diagnóstica Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que con esta fecha y hora he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías ud. puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACION:

21/3/12

[Firma]

INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)

[Firma]

TOMÉ CONOCIMIENTO
(Firma o Huella digital del paciente)

En caso que la persona que tomo conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____

RUT: _____

CELULAR _____ DIRECCION CORREO ELECTRONICO (E-MAIL) _____



**ANTECEDENTES PARA
CONFECCION DE PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD**

N° 18933059

FECHA: 01/02/11

PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL N° _____

MODALIDAD LIBRE ELECCION INSTITUCIONAL

BENEFICIARIO	R.U.T. AFILIADO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES			
	691191451-12	Caenes	Rayo	Jacinta Nicolsa			
	ESTADO PREVISIONAL			GRUPO INGRESO	TELEFONO		
<input type="checkbox"/> 1.DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> 2.INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> 3.SUB.CESANTIA	<input type="checkbox"/> 4.PENSIONADO	<input type="checkbox"/> 5.INDIGENTE	98043650		
CALLE	N°	POBLACION / VILLA	COMUNA	CIUDAD			
AV. La Tinoma	1520.			IQA			
R.U.T. PACIENTE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		EDAD	SEX.	N°C.
691191451-12	Caenes	Rayo	Jacinta		60	F	10

ESTABLECIMIENTO	R.U.T. ESTABLECIMIENTO :	GRUPO NIVEL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO						
FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO DESDE:		DIA	MES	AÑO	HASTA:	DIA	MES	AÑO	N° DIAS:
		02	02	11		15	02	11	10

PROF. TRATANTE	R.U.T. PROFESIONAL :	GRUPO NIVEL	NOMBRE		
	15018676-5	3	Kimena Carvajal Sanchez		
	DIAGNOSTICO:	N° HISTORIA CLINICA		FIRMA PROFESIONAL TRATANTE	
ARTROSIS DE MANOS Y RODILLAS.				 Kimena Carvajal Sanchez F. 018.676-5	

INTERVENCION QUIRURGICA	RECARGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NIVEL 1er CIRUJANO	<input type="checkbox"/>
				NIVEL ANESTESISTA	<input type="checkbox"/>
	PRESTACION	% COBRO	% PAB.	% ANEST.	

ITEM	DESCRIPCION	R.U.T.	ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA
1	1er. CIRUJANO		<input type="checkbox"/> 1. MEDICINA
2	ANEST. (MISMO 1er. CIR.)		<input type="checkbox"/> 2. CIRUGIA
3	ANEST. (OTRO PROFES.)		<input type="checkbox"/> 3. OBST. Y GINECOLOGIA
4	2o. CIRUJANO		<input type="checkbox"/> 4. PSIQUIATRIA
5	3er. CIRUJANO		<input type="checkbox"/> 5. TRAT. RADIOLOGICO
6	4o. CIRUJANO		<input type="checkbox"/> 6. KINESITERAPIA
7	5o. CIRUJANO		<input type="checkbox"/> 7. OTROS
8	PABELLON		

NIVEL	CODIGO DE PRESTACION	CANT.	HOR.	PRESTACION	R.U.T. PRESTADOR
3	0601001	02		Evaluaciones	15.018.676-5
3	0601009	10		UT	
3	0601011	10		US	
3	0601024	10		Ejercicios	

DIFERENCIA POR DIAS CAMA	\$
DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLON	\$
DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLINICOS	\$
DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
TOTAL	\$

HONORARIOS (SOLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
EQUIPO MEDICO	\$
ARSENALERA	\$
ANESTESISTA	\$
MATRONA	\$
PEDIATRA	\$
TOTAL	\$

FUNDAMENTO	Uso exclusivo médico tratante:	FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUDITOR