

REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECCIÓN MUNICIPAL

Alto Hospicio, 10 de Abril del 2013.-
DECRETO ALC. N° 792/13.-


VISTOS Y CONSIDERANDO: La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Acuerdo N° 21/2012 tomado en la 11ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de fecha 02 de abril del 2013, que aprueba por la unanimidad de sus miembros presentes, una ayuda social de \$1.191.600.- a favor de don Agustín Pelagio Amas Pérez, para adquirir dos implantes dentales y, asimismo costear la cirugía que demanda el referido tratamiento en "Andes Clínica Odontológica"; Memorando N° 568/2013 de fecha 03 de Abril del 2013, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que acompaña los antecedentes necesarios; Informe Socioeconómico, que justifica la entrega de la ayuda social acordada; y Certificado de Obligación Presupuestaria.


DECRETO:

- 1.- Otórguese ayuda social a don **AGUSTÍN PELAGIO AMAS PÉREZ**, RUT 5.488.655-1, por la suma de **\$1.191.600.- (un millón ciento noventa y un mil seiscientos pesos)**, con la finalidad de adquirir dos implantes dentales y, asimismo costear la cirugía que demanda el referido tratamiento en "Andes Clínica Odontológica". Cúmplase la ayuda social mediante giro de cheque a nombre del beneficiario, por la suma antedicha, la que se rendirá conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.
- 2.- La Dirección de Administración y Finanzas deberá imputar los gastos que de ello deriven, con cargo a la cuenta N° **215.24.01.007**, del Presupuesto Municipal vigente.
- 3.- Encárguese a la Dirección de Administración y Finanzas en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario, el fiel cumplimiento de esta ayuda, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras que ejerza la Dirección de Control en la aprobación de la rendición de cuenta.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Fdo. Doña Rosa Maria Alfaro Torres, Alcaldesa Subrogante de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza don Jose Valenzuela Díaz, Secretario Municipal. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-


JOSE VALENZUELA DÍAZ
SECRETARIO MUNICIPAL


HVF/mgm
Distribución:
Adm. y Finanzas
Dideco
Dir. Control
Sec. Municipal





MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

SECRETARÍA MUNICIPAL
TARAPACÁ - CHILE
2013

Alto Hospicio, a 04 de Abril de 2013

CERTIFICADO

JOSE JESUS VALENZUELA DIAZ, Secretario Municipal y Secretario del Concejo Municipal de Alto Hospicio, certifica que durante la undécima (11º) Sesión Ordinaria del Concejo, de fecha 02 de abril de 2013, el Honorable Concejo acordó lo siguiente:

ACUERDO N° 56/2013:

Con el voto unánime de todos los miembros presentes al Concejo se aprobó, la ayuda social a Don Agustin Pelagio Amas Perez, RUT: 05.488.655-1, por un monto de \$1.191.600.- para adquirir dos implantes dentales y, asimismo costear la cirugía que demanda el referido tratamiento en "Andes Clínica Odontológica".



JOSE JESUS VALENZUELA DIAZ
Abogado
Secretario Municipal

JVD/nba
Distribución:
Jurídico
Dideco
Secretaria Municipal



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal



Marta

792

10.04.13

Alto Hospicio, 03 de Abril de 2013.

MEMORANDUM N° 568 /2013.

A : Diretor Dirección Jurídica / Sr. Hugo Vilches Fuentes.

DE : Directora Dirección Desarrollo Comunitario / Sra. Paola Lema Antezana.

Junto con saludarle y en relación a los casos sociales aprobados con fecha 02 de Abril de 2013, solicito lo siguiente:

Caso del Sr. Agustín Pelagio Amas Pérez, Rut: 5.488.655-1, por \$ 1.191.600, se solicita realizar Decreto Alcaldicio y cheque a nombre del Dr. Cristian Herrera Guarache, Rut: 13.416.111-6.

Este gasto debe ser imputado a la Cuenta Municipal N° 215.24.01.007 (Presupuesto Municipal asistencia social a persona natural).

Sin particular, saluda atentamente a Ud.



Camila Arce Fajardo
Directora
Dirección Desarrollo Comunitario

Distribución:

- Archivo Jurídico. ✓
- Archivo DIDECO.



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal

Alto Hospicio, 02 de Marzo de 2013.

MEMORANDUM N° 534 / 2013.

A : Sr. Ramón Galleguillos Castillo.
Alcalde Municipalidad de Alto Hospicio

DE : Sra. Paola Lema Antezana
Directora(S) Dirección Desarrollo Comunitario

Junto con saludarle, solicito a usted su Visto Bueno para presentar el Caso Social del **Sr. Agustín Pelagio Amas Pérez, Rut. 05.488.655-1**, quien solicita apoyo al Concejo Municipal por un monto de \$ **1.191.600**, para adquirir **Dos Implantes Dentales**. Se adjunta el presupuesto total con Cirugía incluida, otorgado por Andes Clínica Odontológica.

Cabe señalar que el Sr. Amas es un destacado Dirigente Vecinal, Presidente de la Junta de Vecinos Alianza de esta Comuna, y siempre dispuesto a participar a pesar de su problema Odontológico.

El Caso Social sería presentado, previa su aprobación en el Concejo Municipal del día Martes 02 de Abril de 2013.

Lo anterior para su conocimiento y resolución.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.


Paola Lema Antezana
Directora(S)
Dirección Desarrollo Comunitario

Distribución:

- Archivo Alcaldía ✓
- Archivo Dideco.

Dirección de Desarrollo Comunal- Municipalidad de Alto Hospicio
Los Álamos 3056- Fono: 583101- Fono Fax : 583102 www.maho.cl
Comuna de Alto Hospicio- Región de Tarapacá



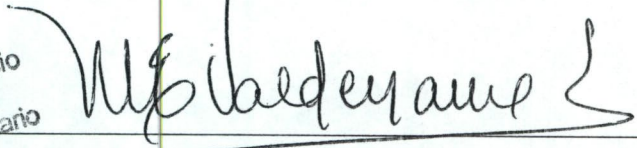
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
Dirección de Desarrollo Comunal

Resumen Caso Social Concejo Municipal	
Nombre del / la solicitante	AGUSTIN PELAGIO AMAS PEREZ
Actividad	PENSIONADO POR ANTICIPACION
Edad	NACIDO 05-06-1947 66 AÑOS DE EDAD
Ingresos	136.000 POR SU PENSION Y LOS TRABAJOS OCACIONALES QUE REALIZA COMO SOLDADOR \$56.603 PENSION DE SOBREVIVENCIA DE SU CONYUGE
Puntaje F.P.S	9283
Grupo Familiar	02 ADULTOS
Fecha de la Visita	22 -03-2013
Documentación Adjunta	FOTOCOPIA DEL CARNE DE IDENTIDAD LISTADO IMAGEN FICHA PROTECCION SOCIAL PRESUPUESTO CLINICA LOS ANDES INFORME SOCIOECONOMICO DE ASISTENTE SOCIAL
SITUACION ACTUAL	DON AGUSTIN VIVE SOLO CON SU ESPOSA Y SUS INGRESOS NO LE PERMITEN COSTEAR LOS IMPLANTES QUE REQUIERE EN SU TRATAMIENTO DENTAL . EL SR AMAS ESCRIBIO A SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES SOLICITANDO APOYO EN UNA SUBVENCION DE \$1.191.600 SE ADJUNTA PRESUPUESTO TOTAL CON CIRUGIA INCLUIDA OTORGADO POR ANDES CLINICA ODONTOLOGICA CABE SEÑALAR QUE EL SR AMAS ES UN DESTACADO DIRIGENTE VECINAL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE VECINOS ALIANZA DE LA COMUNA DE ALTO HOSPICIO Y SIEMPRE ESTA DISPUESTO A PARTICIPAR A PESAR DE SU PROBLEMA DENTAL Y LO ACOMPAÑA SU CONYUGE QUIEN TAMBIEN PRESENTA PROBLEMAS DE SALUD SE JUSTIFICA APOYAR AL SR AMAS PUES NO CUENTA CON LOS MEDIOS ECONOMICOS PARA ADQUIRIR LO SOLICITADO
Forma de pago y N° de cuenta	REALIZAR CHEQUE A NOMBRE DEL DR CRISTIAN HERRERA GUARACHE RUN13.416.111 -6

NOMBRE Y FIRMA DE
ASISTENTE SOCIAL

MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ

Municipalidad de Alto Hospicio
ASISTENTE SOCIAL
Direccion Desarrollo Comunitario



MARÍA E. VALDERRAMA LÓPEZ
ASISTENTE SOCIAL



INFORME SOCIAL

Nro.: 0004759

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **AMAS PEREZ** AGUSTIN PELAGIO Nacionalidad **Chile**
 R.U.N. **5488655-1** Estado civil **Soltero** Sexo: **Masculino**
 Fecha de nacimiento **05/06/1947** Previsión **Fonasa A**
 Escolaridad **Educación media técnico profesional** Profesión u oficio **PENSIONADO ANTICIPADO**
 Domicilio **PAN DE AZUCAR** Nro. **2859** Fono (recado) **492688**
 Programa puente **NO** Ficha Prot. Social **2600259** Puntaje: **9283**

Condiciones de saneamiento y confort

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

1. Propietario

Antecedente habitacional

Antecedentes del grupo familiar

Total de ingresos \$ **192.603**

96.302

Ingreso per - Capita :

2

Nro. de integrantes :

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
AMAS PEREZ AGUSTIN PELAGIO RINA FERNANDEZ CANIGUANTE	5488655-1 4956772-3	jefe/a de familia Cónyuge o pareja	05/06/1947 20/09/1941	Educación media técnica Educación básica	PENSIONADO PENSIONADA PC	136.000 56.603	Fonasa A Fonasa A

Asunto

SOLICITA AL SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES LE APOYE CON UNA SUBVENCION PARA ADQUIRIR DOS IMPLANTES DENTALES CABE SEÑALAR QUE EL REQUIERE DE 04 PERO EL CON MUCHO ESFUERZO Y SACRIFICIO LOS OBTUVO AHORRANDO DE SU PENSION Y LA DE SU SEÑORA

Situación Social

AGUSTIN AMAS PEREZ, RECIBE INGRESOS DE UNA PENSION ANTICIPADA QUE EL TRAMITO, REALIZA ACTIVIDADES OCACIONALES COMO SOLDADOR. SU EPOSA RINA PADECE DE SINDROME VERTIGINOSO Y DEBE INGERIR MEDICAMENTOS DE POR VIDA ES POR ELLO QUE ESCRIBO A SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES A FIN DE QUE LO APOYEN CON UNA SUBVENCION DE \$1.191.600 PARA ADQUIRIR LOS IMPLANTES QUE LE MEJORARAN SU CALIDAD DE VIDA.

Maria Elena Valderrama Lopez
 MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ
 Municipalidad de Alto Hospicio
 ASISTENTE SOCIAL
 Dirección Desarrollo Comunitario

Nombre y Firma Asistente Social

PLEMA@MAHO.CL


Fecha : 25/03/2013

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN
CÉDULA DE IDENTIDAD

APELLIDOS: FERNÁNDEZ
 NOMBRES: CANIGUANTE
 RINA LUZMIRA
 SEXO: F
 PAÍS DE NACIONALIDAD: CHILE
 FECHA DE NACIMIENTO: 20 SEPT 1941
 FECHA DE EMISIÓN: 13 AGO 2008
 FECHA DE VENCIMIENTO: 20 SEPT 2013

RUN 4.956.772-3

FIRMA DEL TITULAR: *Rina Caniguante*






REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN
CÉDULA DE IDENTIDAD

APELLIDOS: AMAS
 NOMBRES: PÉREZ
 AGUSTÍN PELAGIO
 SEXO: M
 PAÍS DE NACIONALIDAD: CHILE
 FECHA DE NACIMIENTO: 06 JUN 1947
 FECHA DE EMISIÓN: 13 AGO 2008
 FECHA DE VENCIMIENTO: 05 JUN 2017

RUN 5.488.655-1

FIRMA DEL TITULAR: *Agustín Pelagio*

4759

FOLIO N° 2600259
 PUNTAJE: 9283
 FECHA PJE: 01/03/2013



LOCALIZACIÓN TERRITORIAL

CÓDIGO COMUNA: 01107 ZONA: 1 UNIDAD VECINAL: 012

NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACIÓN VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO: ALIANZA

TIPO AGRUPACIÓN HABITACIONAL: PB CODIGO AGRUP. HABITACIONAL: 1 CODIGO MANZANA: 32 CODIGO CALLE: 360

NOMBRE DE CALLE O CAMINO: PASAJE OF PAN DE AZUCAR

NUMERO DE DOMICILIO: 2859 BLOCK/ CASA: DEPARTAMENTO/ SITIO: CODIGO VIVIENDA: 11

REFERENCIAS

DECLARACIÓN INFORMANTE CALIFICADO

Declaro que los datos proporcionados son fidedignos, asumo la responsabilidad por ellos, y autorizo a IMDEPLAN a realizar un proceso de verificación de la información en caso de ser necesario. Adicionalmente, autorizo el uso de la información proporcionada, exclusivamente con el fin de postular a beneficios sociales del estado

FIRMA INFORMANTE CALIFICADO

N° DE ORDEN DE LA FAMILIA: 1

INGRESOS		JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES		OTROS INGRESOS ANUALES	
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	Monto	Monto	Monto	Monto
1	460000				

VIVIENDA

1 Tenencia del sitio: 1 FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA: 1 Numero de habitaciones que usan como dormitorios excluyendo baño y cocina

1 Tenencia de la Vivienda: 1 DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA: 0 Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios

1 Familia Principal de la Vivienda: 1 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS: 0

1 USO DE BAÑO: 1

GESTIÓN DE LA FICHA

Código Encuestador(a): 112 Código Revisor(a):

Código Supervisor(a):

FECHA APLICACIÓN FICHA: Día: 19 Mes: 02 Año: 2008

FECHA SUPERVISIÓN COMUNAL: Día: Mes: Año:

FECHA REVISIÓN COMUNAL: Día: 29 Mes: 09 Año: 2009

FIRMA ENCUESTADOR(A)

FIRMA SUPERVISOR(A)

FIRMA REVISOR(A)

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:

Alto Hospicio, 11 de Marzo 2013

Señor
Ramón Galleguillos Castillo
Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio
Presente



De mi consideración:

Antes que nada quisiera saludarlo. y agradecerle por todo el apoyo prestado hacia nuestro sector y en especial a mi persona.

Señor Alcalde, Mi nombre es Agustín Amas Pérez, con Rut. 5.488.655-1, con domicilio en Pje. Pan de Azúcar N° 2859. En estos momentos me encuentro pasando un momento personal difícil para mi condición de persona, ya que desde hace 6 meses que no puedo utilizar mi placa dental, ya que no se encuentra en buenas condiciones, trayendo molestias para mi alimentación y mi vida personal.

Señor Alcalde yo soy pensionado y mensualmente recibo una monto de \$ 139.000. lo cual solo me permite cubrir las necesidades básicas de mi familia. Alcalde es por esto que recurro a usted, ya que necesito con urgencia 4 implantes, pero sabiendo el costo total de estos, me es imposible para cubrirlos todos es por esto que solicito a usted una subvención para la compra de 2 implantes, los cuales me ayudaran a mejorar mis condiciones de vida.

Adjunto Cotización para 2 implantes.

Esperando que esta tenga una buena acogida de su parte,

Se despide de usted,



AGUSTIN AMAS PEREZ

Archivo: 057-492688



Andes
Clínica Odontológica
Presupuesto

Nombre Paciente Agustín Amas
Dirección
Dr. Responsable HERRERA
SECRETARIA

FONO : :
FECHA 06-03-2013

Tratamiento	Diente	CA NT	Valor	Arancel 100%
CIRUGIA	22-27	2	226.800	453.600
PABELLON	22-27	1	80.000	80.000
ARSENALERA	22-27	1	18.000	18.000
COSTO DE IMPLANTE	22-27	2	200.000	400.000
CONEXION IMPLANTE	22-27	2	30.000	60.000
atash tipo esferico	22-27	2	60.000	120.000
				-
				-
				-
				1.131.600
				0%
				1.131.600
Laboratorio				
				-
atash tipo esferico	22-27	2	30000	60.000
				-
				-
				-
				60.000
TOTAL \$	1.191.600			

ANDES
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
Ramón Pérez Opazo # 3118
Alto Hospicio
FONO - FAX 31 15 16

RAMON PEREZ OPAZO 3118 FONO 31 15 16



AGUSTIN AMAS PEREZ
PAN DE AZUCAR 2859, Alto Hospicio
Alto Hospicio

Por una vida mejor

línea celular: 02-3112826

BOLETA ELECTRONICA

N° 756321

SII - Iquique RAMON PEREZ 3163 (Ex Av chico)

RUTA : 2090820501290

AD05123 FNNNNN 756321 05077

N° CLIENTE: 521882-9

Su Consumo

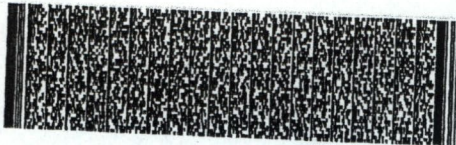
Lectura Actual (06-02-2013)	603
Lectura Anterior (07-01-2013)	594
Consumo Periodo (m3)	9
Consumo Facturado (m3)	9,00
Consumo Agua Potable (m3)	9,00
Sobreconsumo Agua Potable (m3)	0,00

Límite de Sobreconsumo 40
Fecha Estimada Próxima Lectura 07-03-2013

Detalle de su cuenta

Cargo fijo	
Consumo agua potable	\$699
Servicio alcantarillado	\$7.351
Tratamiento de aguas servidas	\$2.263
Total Servicios Mes	\$983
Subsidio(50%) (4,50 m3)	\$11.296
Total Venta Mes	\$-5.648
Ajuste Sencillo Crédito	\$5.648
Ajuste Sencillo Débito	\$-11
	\$13

TOTAL A PAGAR \$ 5.650



Timbre Electrónico SII
Res. 95/2012 Verifique información www.aguasdelaltiplano.cl

TOTAL A PAGAR \$5.650
VENCIMIENTO 27-02-2013



Información Adicional de su Cuenta

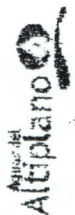
FECHA EMISIÓN	12-02-2013
Factor de Cobro	
N° de Medidor	1
Dímetro de Medidor	4756 13
Pagos del Periodo (28-01-2013)	\$ 5.650

Aguas del Altiplano le informa

Tarifa Publicada Diario La Estrella 03 Oct 2012
Tarifas Incluyen I.V.A., Grupo Tarifario 2
- Cargo fijo: \$ 699
- Metro cúbico (m3) agua potable: \$ 816,74
- Metro cúbico (m3) agua potable periodo punta: \$ 816,74
- Metro cúbico (m3) agua potable sobreconsumo: \$ 2324,74
- Metro cúbico (m3) alcantarillado: \$ 251,34
- Metro cúbico (m3) tratamiento aguas servidas: \$ 109,28

*PLANTAS DE TRATAMIENTO DE AGUAS SERVIDAS EN OPERACIÓN:
Chinchorro, Playa Brava, Punta Negra, Laguna Alto Hospicio
y Laguna Pozo Almonte

ARMIP IMPRINTA ALFREDO MOLINA FLORES S.A. - AV. O'HIGGINS 3700 - IMAZUL - RUT 84.640.000 - 9



Comprobante de pago
Empresa: AGUAS DEL ALTIPLANO S.A
Caja: 52 Alto Hospicio
Fecha: 04/03/2013 11:52:51
N° servicio: 521882-9
Dirección:
PAN DE AZUCAR 2859
Número de documento: 756321
Monto Pagado: 5.650
Forma de pago: Efectivo
OJUX-E, C 6652-294
Cajero: sretamales
Monto Donación: 0 Retamales

MUNICIPALIDAD ALTO HOSPICIO
CONSULTORIO DR. PEDRO PULGAR MELGAREJO



CARNE ADULTO MAYOR

SERVICIO DE SALUD: IQUIQUE
COMUNA: ALTO HOSPICIO
ESTABLECIMIENTO: DR. PEDRO PULGAR MELGAREJO

FICHA CONSULTORIO: 43 - 2723
FICHA HOSPITAL:
DIRECCION: Pm Azucar #2859
PREVISION: Renoro B
FONO: 492688

**TRAIGAN SIEMPRE SU CARNE AL CONSULTORIO U
HOSPITAL SE LO SOLICITARAN**

PATOLOGIA: Niapuna

RIESGO:

2423

NOMBRE: **RINA Fernández CANIGUANTE**
 RUT: **4.956.772-3**
 Código Edad: **6**
 Dirección: **PAN DE AZUCAR 2850**
 Teléfono:
 Fecha Nacimiento: **6**

Fecha: **17-11-2013**
 Hora: **23:05**
 Frecuente: **0**
 Sexo: **F**
 Alergia: **NO**
 Consulta: **CONSULTA MEDICA**
 Edad: **71 AÑOS**

B

HORA	PA	FVO	FREQ. RESP.	TAXILAR	TRECTAL	GLASGOW	STO2	NOT
23:05	100	60	20	36,2			98	133

Desde hoy, sin traves
 vómito al ponerse horizontalmente

EX. FÍSICO: **Sd. Vestigioso**

Respiro y faringe: normal

Ex. General: buenas condiciones generales. Afebil. Hemodinamia estable.

Cardíaco: Ritmo regular en 2 tiempos, sin soplos.

Pulmonar: Murmullo pulmonar normal, sin ruidos agregados

Abdominal: Blando, depresible e indoloro. Rila, normotica. Blumberg negativo

Neurológico: Normal. Signos meníngeos negativos. Sin alteración de conciencia.

EX. Aferrado:

Mareos al levantarse.
 Ranky ⊖ Nitrogenu ⊖

MAREOS
 Torcan 1 ap (hospitalario)
 Fibrilación Micaen.
 CTA APS 120 207
 CONSU 120

Provisión: **L** **MB** **O**

MORDEDURA DE ANIMAL:

PERTO:

- Propedéutica:
- ORV
 - SAT
 - MONITOREO CARDIACO
 - NGT
 - EKG
 - TTD. O
 - TTD. NA
 - TTD. IV
 - TTD. RL
 - TTD. EC
 - PUNCIÓN VERDEA ADULT
 - PUNCIÓN VERDEA PEDIATRICA
 - PUNCIÓN CAPILAR
 - FLEBOCLISIS
 - SNS
 - S. VESICAL
 - LAVADO GASTRICO
 - OXIGENOTERAPIA
 - NEBULIZACIÓN
 - INMOVILIZACIÓN

- TET
- CARDIOVERSION
- DESFIBRILACION
- RCP
- SUTURA SIMPLE
- SUTURA COMPLICADA
- EXTRACCIÓN PUNTOS
- CURACION DUEÑADO
- SELLO OCULAR
- ASESO OCULAR

Destino: Urgencia Hospital

Consultado: Consultado Especialidades

Medico: **DRA. CONSTANZA MARTINEZ MERA**
MEDICO CIRUJANO
 Hora Egreso: **RUT: 15.331.623-8**

Nota: Se le informo de los derechos que le corresponden como paciente en el Centro de Asistencia de Salud de esta institución de ley 16.966, es la medida que debe tomar para garantizar su participación activa en la atención de su salud, para lo cual debe firmar el consentimiento informado en el momento de la realización de la intervención de salud que se le propone. Este consentimiento informado debe ser firmado por el paciente o su representante legal (persona responsable).
IMPORTANTE: la garantía de que el consentimiento informado es válido depende de haberse informado de la FONASA o de ISAP SA antes de comenzar el procedimiento. En la presente institución, usted puede acceder a información en la Dirección de Salud.

Entrega de medicamentos: **SI** **NO**

Nombre: _____ Rut: _____

ELIQA

Oficina: ALTO HOSPICIO

Fecha de Pago: 04/03/2013 Hora: 12:10

Nombre Cliente: AGUSTIN AMAS PEREZ

Dirección: PAN DE AZUCAR #2859

Cajero : XCHAMBE- XIMENA AMBAR CHAMBE

N° Cliente SV Documento F/Emisión Importe

2047206 158 17090862 19/02/2013 \$12.100

TOTAL: \$12.100

Cod.Verif:

58192047206158000000000121000077

--- CONSERVE ESTE RECIBO ---

SR (A) : AMAS PEREZ AGUSTIN
 PJE PAN DE AZUCAR 2859
 ALTO HOSPICIO

Dirección
 Suministro: PJE PAN DE AZUCAR 2859 0

Fecha lectura actual : 18/02/2013 Fecha de emisión: 19/02/2013
 Fecha lectura anterior : 17/01/2013

DATOS DE CONSUMO

N° Medidor	Propietario	Lectura anterior	Lectura actual	Constante	Consumo
10001586	Reemp x CNR	881,0000	792,0000	1,000	111

DATOS DE FACTURACION

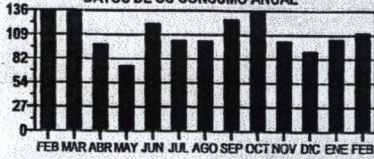
Glosa	Cantidad	Precio Unit.	Total \$
** Cargo Fijo Mensual	1	1.032,906	1.033
** Cargo por energia base	111	99,659	11.062
** Uso del sistema troncal	111	0,000	0
Sencillo Anterior			54
Sencillo Actual			-49

DATOS PARA EL CLIENTE

N° Cliente 2047206

Número de Suministro 2047468
 Tarifa BT1 - ELIQSA
 Límite de Invierno 000000000
 Período de facturación Mensual
 Subestación primaria A.HOSPICIO
 Potencia conectada 2
 Recargo por distancia 0,00
 Multa bajo factor de potencia 0,000
 Fecha Máx. Mod. contrato INDEFINIDA
 Fecha de término de contrato INDEFINIDA
 Bloque
 Consumo de referencia 107
 Grupo de Consumo ELIQSA

DATOS DE SU CONSUMO ANUAL



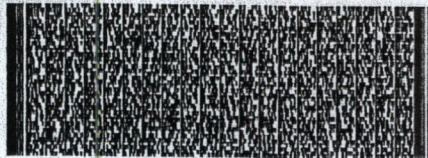
MONTO ULTIMO PAGO : \$ 9.100 FECHA : 28/01/2013

Fecha estimada próxima lectura : 18/03/2013

Tarifa Aprobada por Decreto N° 385 del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, del 11.11.2008.

COMPENSACION SEC POR INTERRUPCIONES INTERNAS Y EXTERNAS DEL PERIODO 022012-022013	
TOTAL DE INTERRUPCIONES NO AUTORIZADAS	2
TIEMPO TOTAL DE INTERRUPCIONES NO AUTORIZADAS (seg)	19793
TIEMPO TOTAL A COMPENSAR (seg)	0
CONSUMO PROMEDIO (kwh/seg)	0,0000000
ENERGIA NO SUMINISTRADA (kwh)	0,00000
COSTO DE FALLA (\$/kwh)	160,330
MONTO A COMPENSAR (\$)	0,000

TOTAL DEL MES	\$	12.100
TOTAL	\$	12.100



Timbre Electrónico SII - Res. N° 139 del 16-11-2007

FECHA VENCIMIENTO : 05/03/2013

PAGO CONSUMO MES
\$ 12.100

TALON ELIQSA

20472061580000000121000077

TALON ELIQSA



FECHA VENCIMIENTO : 05/03/2013

PAGO CONSUMO MES
\$ 12.100

004537

020010221800225

LIQSA

Enfermería
CONSULTORIO
Medico
HOSPITAL

FECHA	PROFESIONAL	FECHA	PROFESIONAL
Junio 06		17-08-12	
Felo c/n		10-08-12	14000
25-7-12	(E)	Box 40	Valguero
12-1-15	Box 40	Nov 12	120
(N)	Box 40	22-10-12	Box 40
23 OCT 2012	Box 40	Carrocho 800	
08-15	Box 40	23-10-12	1085
FEB 13	Box 40	Box 40	Carrocho
14-11-12	(E)	13-11-12	16-45
19-03-13	Box 40	Carrocho 800	
26-02-13	16-45	JUNIO	
Box 41	(N)		
13-03-13	13-03-13		

800-1300
CONSULTORIO
FARMACIA
HOSPITAL

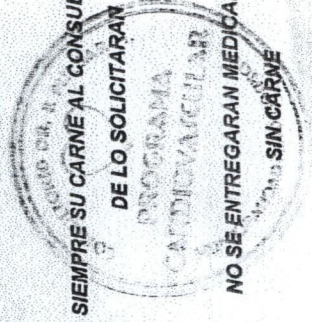
FECHA	FARMACIA	FECHA	FARMACIA
16-08-12	(EP)		
10-09-12	(E)		
16-10-12	(E)		
13-11-12	(E)		
13-12-12	(E)		
14-01-13	(E)		
13-02-13	(E)		
19-03-13	(E)		
19-04-13			
20-05-13			

Rut: 5488655-1
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
HOSPITAL "DR. TORRES G."
DE IQUIQUE



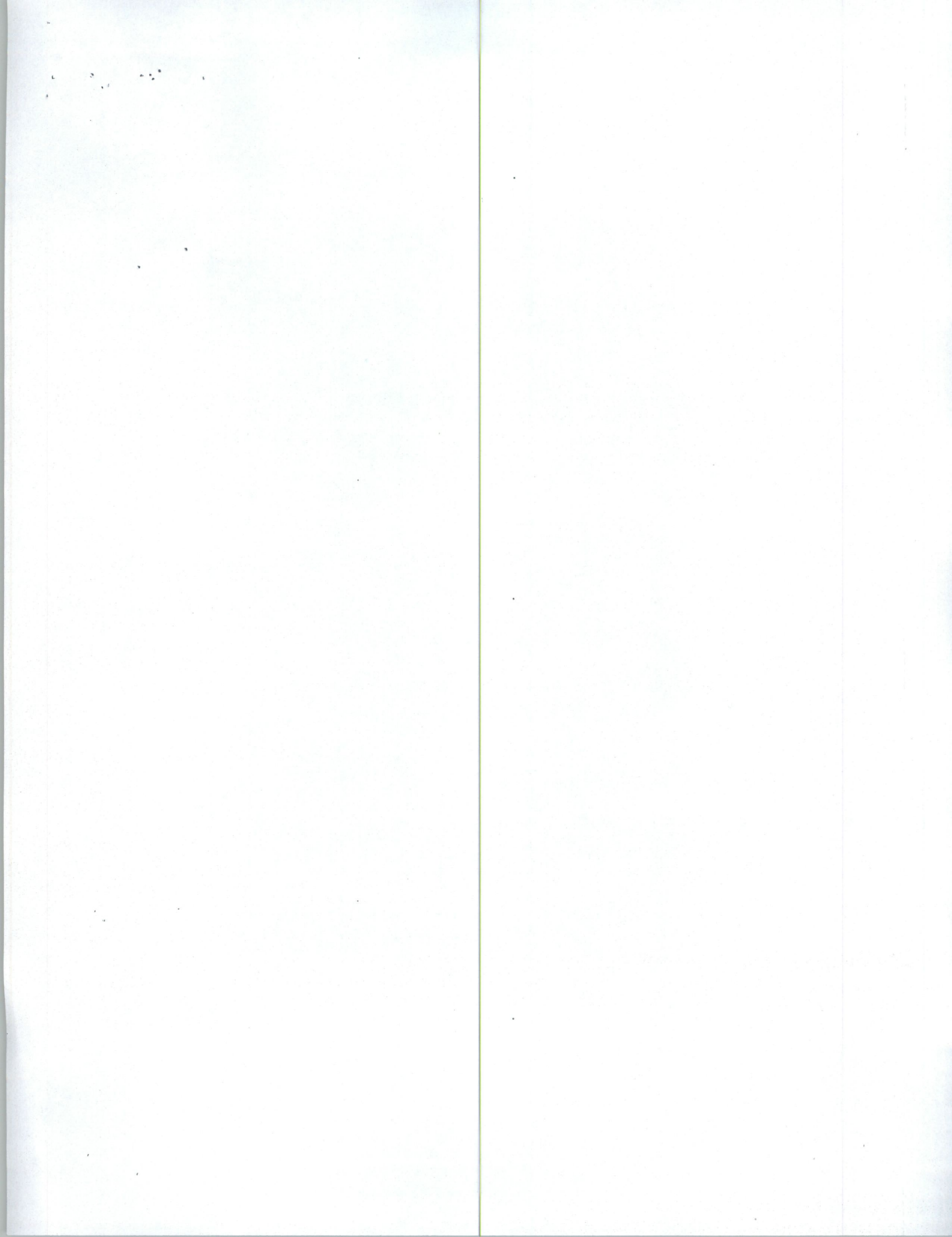
CARNE DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: Agustina Ame Pae
FICHA CONSULTORIO: 2723
FICHA HOSPITAL:
DIRECCION: Fon de Aguan 288F
PREVISION:
FONDA Rut. 5.488.655-1



AÑO 20 11

Patologia: HFD
Riesgo: Med
JLP



LIQUIDACION DE PAGO DE PENSIÓN
COMPANIA DE SEGUROS CORPSEGUROS
www.corpseguros.cl - Fono:600 440 2626

IDE. DE PAGO : 0018581 201302121136
TIPO : PAGO PENSIONES 1

Servicio Monto Pagado
57000 BANCO DE CHILE \$56.603 P
AGO PLUS

NUMERO DE POLIZA : 0510801
R.U.T.BENEFICIARIO : 4.956.772-3
Fernandez Carrugante Rina Luzm
R.U.T. RECEPTOR : 4.956.772-3
Fernandez Carrugante Rina Luzm
FEC. DISPONIBILIDAD : 20/02/2013
TIPO DE PENSIÓN : SOBREVIVENCIA
MODALIDAD PENSIÓN : Inmediata
PERIODO DE PAGO : FEBRERO/2013
INST. DE SALUD : Fonasa
VALOR U.F. : 22.825,45
PENSIÓN EN U.F. : 2,94

HABERES (\$)
Pensión base : 67.107

DESCUENTOS (\$)
SALUD : 4.697
Cotización Salud : 4.697
Bon.Salud Ley 20531- : 4.697
Total cot.7% a pagar : 0
IMPUESTOS : 0
Descuentos CCAF : 10.504

A PAGAR (\$)
PENSIÓN NETA : 67.107
ASIGNACIÓN FAMILIAR : 0
MONTO A PAGAR : 56.603
CARGAS FAMILIARES PAGADAS: 0
FECHA PROX. DISPONIBILIDAD: 20/03/2013

RECIBI CONFORME

RUT :

Horario: ESPECIAL
Ticket ID: 172489363
CRC : BjbvfxclonS

044014 0/0

**SR(A) : AGUSTIN PELAGIO AMAS PEREZ
PAN DE AZUCAR 2859 POBLACION ALIANZA
ALTO HOSPICIO IQUIQUE**



9022913

CCH

Mes de Pago : Febrero/2013
Fecha próximo pago : 15/03/2013

DATOS PENSIONADO

Nombre : AGUSTIN PELAGIO AMAS PEREZ
Receptor :
Int. Salud : Fonasa
Plan : 7,00 % Legal
Fecha de Cálculo : 20/02/2013

Rut : 5.488.655-1
Rut :
N° de Póliza : 2775027085
Renta UF : 6,619
Valor UF : 22.825,45

E-Mail :

Teléfono :

HABERES

VALOR \$

DESCUENTOS

VALOR \$

HABERES	VALOR \$	DESCUENTOS	VALOR \$
Pensión	\$ 151.082	Salud	\$ 7.554
		Caja Compensación	\$ 1.511

Total Haberes	151.082	Total Descuentos	9.065
----------------------	----------------	-------------------------	--------------

Forma de Pago : **Abono Electrónico en Cuenta CREDIVIDA**

MONTO PENSION LIQUIDO A PAGAR : **142.017**

Señor(a) AGUSTIN PELAGIO AMAS PEREZ
Para ese imprevisto...aproveche hoy mismo
su Crédito de Consumo pre-aprobado de
\$ 1.150.802 *
Lo esperamos!!!

(*) SIMULACION. OTORGAMIENTO, MONTO Y PLAZOS SUJETOS A EVALUACION DE REQUISITOS COMERCIALES
 AL MINUTO DE LA SOLICITUD DEL CREDITO. MONTO REFERENCIAL, CALCULADO SEGUN SIMULACION EFECTUADA A 60 MESES O AL
 MAXIMO PLAZO SEGUN CONDICIONES COMERCIALES VIGENTES.