



REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECCION MUNICIPAL

Alto Hospicio, 13 de Junio de 2013.-
DECRETO ALC. N° 1301/13.-

VISTOS: La Constitución Política de la República; Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Decreto Alcaldicio N° 1.071/06, creación de Comité de Bienestar Municipal; Memorando N° 06/13 de 11 de Marzo de 2013, de Bienestar Municipal, que solicita el pago del beneficio que ahí se indica; Orden de atención por honorarios quirúrgicos de Colmena Golden Cross. Cod. Conv. 33- 42020261 y Cod. Conv. 33- 42020262, con fecha 18 de Diciembre del 2012.

DECRETO:

1.- Autorícese el pago de la suma que se indica, por concepto de beneficio de Salud, del siguiente socio Funcionario del Comité de Bienestar Municipal que se indica:

Nombre	RUT	Monto
Ignelia Fuentes Rojas	6.913.914-0	\$236.298

2.- Gírese cheque por el monto señalado, y entréguese el mismo al beneficiario.

3.- Impútese los gastos con cargo a la cuenta N° 114.05.05, del Presupuesto Municipal vigencia.

Fdo. Don Rosa Maria Alfaro Torres, Alcaldesa Subrogante de la Comuna de Alto Hospicio; Autoriza a don José Valenzuela Díaz, Secretario Municipal. Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy Fe.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.

JOSÉ VALENZUELA DÍAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

HVF
HVF/MCM/sgch
Distribucion:
Bienestar
Adm. y Finanzas
Dir. Control

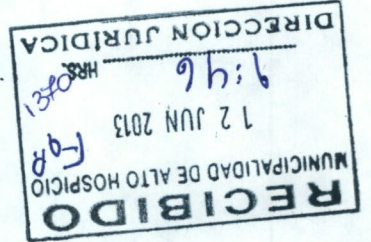


MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
BIENESTAR MUNICIPAL

Sami

DA 7301
13.06.13

MEMORANDUM N° 006/13



A : Dirección Jurídica
DE : Bienestar Municipal
Fecha : 11 de Marzo de 2013
Ref. : Solicita Decreto Pago

Para devolución del beneficio de salud a los socios de Bienestar, es que solicito Ud. Decretar \$236.298.- por devolución de salud a la funcionaria Sra. Ignelia Fuentes Rojas.

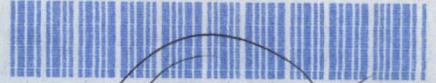
Atentamente,



PATRICIA CARVAJAL RODRIGUEZ
TESORERERIA BIENESTAR

/pcr.
cc.: arch.-

Sami



ORDEN DE ATENCION POR HONORARIOS QUIRURGICOS [1]

Nº

Nº CONTRATO 10549439-4 3	Nº CORR. 1	COD. BEN. 33	SUCURSAL 18	FECHA EMISION 12/2012	TIPO PLAN 1	CATEGORIA HO 708	SUC. PAGO	FECHA PAGO	COD. CONV. 33-42020261
NOMBRE DEL PACIENTE LOPEZ FUENTES PATRICIA ANDREA					RUT TITULAR 6913914-0		NOMBRE TITULAR FUENTES ROJAS IGNELIA PATRICIA		
NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO OFTALMONOR					RUT MED / ESTABLECIMIENTO 78107310-5		PROFESIONAL TRATANTE 78107310-5 OFTALMONOR		

1202078 CIRUGIA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPEUTIC (2) S.T. : 2291673
Fecha Evento: 29/11/2012

Profesional	Rut Profesional	Tipo Prestación	Valor Cobrado	Bonificación Colmena	Copago Afiliado
1 1ER. CIRUJANO	78107310-5	5 A	893.350	287.491	605.859

- VALIDO PARA INTERVENCION EN : OFTALMOLOGIA

DIAS/HORAS CAMA : 0 / 0

TOTALES			893.350	287.491	605.859
PA TRICIA LOPEZ FUENTE 18307279-K RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO			DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTA ORDEN. FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO		VALOR ORDEN 893.350 10:36 mvr033 33-42020261 BENEFICIOS



AFILIADO Nº FOLIO: 34126361

ANIE A. MOLINA FLORES S.A.



ORDEN DE ATENCION POR HONORARIOS QUIRURGICOS [1]

Nº

33 - 42020262

Nº CONTRATO 10549439 -4 3	Nº CORR. 1	COD. BEN. 33	SUCURSAL 18	FECHA EMISION 12/2012	TIPO PLAN A	CATEGORIA 0708	SUC. PAGO	FECHA PAGO	COD. CONV.
NOMBRE DEL PACIENTE LOPEZ FUENTES PATRICIA ANDREA					RUT TITULAR 6913914-0	NOMBRE TITULAR FUENTES ROJAS IGNELIA PATRICIA			VALIDO HASTA 16/02/2013
NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO OFTALMONOR					RUT MED / ESTABLECIMIENTO 78107310-5	PROFESIONAL TRATANTE 78107310-5 OFTALMONOR			COPAGO EN ISAPRE 5

1202078 CIRUGIA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPEUTIC (2) S.T. : 2291673
Fecha Evento: 29/11/2012

Profesional	Rut Profesional	Tipo Prestación	Valor Cobrado	Bonificación Colmena	Copago Afiliado
5 ANESTESISTA	78107310-5	5 A	89.335	28.749	60.586

- VALIDO PARA INTERVENCIÓN EN : OFTALMONOR

DIAS/HORAS CAMA : 0/0

TOTALES	89.335	28.749	60.586
----------------	--------	--------	--------

PATRICIA LOPEZ FUENTE 18307279-K	DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTA ORDEN.		VALOR ORDEN 89.335 10:36 mmi033 33 - 42020262 BENEFICIOS
RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO	FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO	FIRMA	

AFILIADO Nº FOLIO: 34126359