



BUIN,  
26 DIC 2022

DECRETO ALCALDÍCIO N° 3480 VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letra i) y letra j) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades de 1988 y sus modificaciones.

CONSIDERANDO: 1.- Que por Decreto Alcaldicio N° 2773 de fecha 23 de octubre de 2018, el Sr. Alcalde delega en el Administrador Municipal Sr. Juan Rodrigo Astudillo Araya, atribuciones y facultades Alcaldicias.

2.- Que por Decreto Alcaldicio N° 112 de fecha 13 de enero de 2022, se aprueba el programa denominado **Asistencial 2022**.

3.- El Memorándum N° 2738, de fecha 14 de diciembre de 2022, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, donde solicita al Administrador Municipal decretar la ayuda social otorgada a **Patricia Fuentes Mosquera**. Se adjunta la siguiente documentación:

- ✓ Informe Social N° 329, de fecha 13.12.2022 a nombre de Patricia Fuentes Mosquera.
- ✓ Fotocopia Cédula de Identidad.
- ✓ Cartola Hogar, Registro Social de Hogares.
- ✓ Solicitud Cambio de Domicilio y Vivienda Registro Social de Hogares, de fecha 28.11.2022, a nombre de la Sra. Fuentes Mosquera.
- ✓ Certificado de fecha 05.12.2022, emitido por el Asistente Social del CECOSF Nuevo Buin, a nombre de la Sra. Fuentes Mosquera.
- ✓ Referencia Social, de fecha 24.11.2022, emitido por el Asistente Social del CECOSF Nuevo Buin, a nombre de la Sra. Fuentes Mosquera.
- ✓ Solicitud de Imagenología, de fecha 24.11.2022 de Patricia Fuentes.
- ✓ Cotización, de fecha 28.11.2022, por la suma total de \$52.710.-, emitido por Centro Médico Kinerod.
- ✓ Carta Compromiso de Pago, de fecha 05.12.2022, en la que el Depto. Asistencial se compromete con Centro Médico Kinerod al pago de examen médico de Patricia Fuentes Mosquera.
- ✓ Dato de Atención de Urgencia (DAU), de fecha 10.11.2022, Hospital San Luis Buin-Paine, a nombre de Patricia Fuentes Mosquera.
- ✓ Certificado de Cotizaciones Previsionales de Sra. Fuentes Mosquera.

4.- La Pre-Obligación Presupuestaria N° 1558, de fecha 16 de diciembre de 2022, emitida por la Secretaría Comunal de Planificación.

5.- La Instrucción del Administrador Municipal para decretar la ayuda social.

#### DECRETO.

1.- Autorícese el pago por la suma de \$52.710.- (cincuenta y dos mil setecientos diez pesos) a Sociedad de Salud Los Guindos Limitada (Centro Médico Kinerod), RUT N° por concepto de examen médico, beneficio otorgado a **Patricia Margarita Fuentes Mosquera**, Cédula de Identidad N° , domiciliada calle Comuna de Buin.

2.- El gasto se deberá imputar el ítem presupuestario 215.24.01.007 "Asistencia Social a Personas Naturales", Centro de Costo 25.04.01.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERÓNIMO MARTINI GORMAZ  
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA: GMG. VIZ. mss.  
DISTRIBUCIÓN:  
- Contraloría  
- DAF  
- DIDECC  
- Archivo SECMU

F:\Nueva carpeta\Marina\DECRETOS 2016-2020\Ayuda Social\Exámenes\2022\Patricia Fuentes Mosquera.doc



Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 1558

Fecha: 16/12/2022

Glosa: MEMO. DIDEKO N°2738/2022 - Ayuda social para Patricia Fuentes.

Rut/Nombre:

Preob./Oblig.:

Cuenta Sub. Prog.	C. Costo	Total	Pre. Vigente	Obl. Acum.	Sal. Presup.	PreObligado	Sal.Dispon.
2152401007		Asistencia Social a Personas Naturales					
4 PROGRAMAS SOCIAL	250401	52.710	230.543.000	204.488.901	26.054.099	10.743.573	15.210.526
TOTALES:		52.710					

EMITIDO POR acanuta : Alejandro Cañuta Quinimil



752521



Ilustre Municipalidad  
de Buin

RECIBIDA  
SECPLA  
14 DIC 2022  
FIRMA

MEMO  
ANT  
Materia

: N° 2738  
: No hay  
: Solicita decretar pago  
para ayuda social para  
Doña Patricia Margarita  
Fuentes Mosquera

BUIN,

14 DIC 2022

DE : JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA  
DIRECTOR  
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

A : JUAN ASTUDILLO ARAYA  
ADMINISTRADOR  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN



Estimado.

Me permito solicitar a Ud., autorizar y decretar el pago de \$52.710 (cincuenta y dos mil setecientos diez pesos) para exámenes de laboratorio, en beneficio de Doña **Patricia Margarita Fuentes Mosquera**, Cédula de Identidad N°11.416.933-1, con domicilio en La Marcha #01557, Nuevo Buin, Comuna de Buin.

Es necesario señalar que el cheque debe ser extendido a nombre de SOCIEDAD DE SALUD LOS GUINDOS LIMITADA (Centro médico Kinerod), RUT 76.086.778-0, ubicados en Manuel Bulnes #488, Comuna de Buin. Con cargo al ítem **Presupuestario Programa Asistencial 2022**, para esto se adjunta: Informe Social N°329, fotocopias cédula de Identidad, orden de exámenes de laboratorio, cotización de exámenes de laboratorio, entre otros.

Esperando que el proceso finalice satisfactoriamente, saluda cordialmente.

JONATHAN FERNÁNDEZ FIGUEROA  
DIRECTOR DIDEKO  
I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

RECIBIDO  
ADMINISTRACION  
14 DIC 2022  
FIRMA

JFF/CRG/AP/lpv  
DISTRIBUCION:  
DESTINATARIO  
ARCHIVO DIDEKO  
ARCHIVO OF. ASISTENCIA



Ilustre Municipalidad  
de Buin

## INFORME SOCIAL N°329

La profesional quien suscribe, perteneciente a la Dirección Desarrollo Comunitario de la Ilustre Municipalidad de Buin, tiene a bien presentar a ustedes en forma sistematizada el siguiente caso:

### I. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo	<b>PATRICIA MARGARITA FUENTES MOSQUERA</b>		
Cédula de Identidad	11.416.933-1	Fecha de Nacimiento	19/07/1989
Dirección	La Marcha #01557		
Comuna	Buin		
Teléfonos	989090100		
Previsión de salud	Fonasa A		
Puntaje Rsh	40%	Ingreso mensual líquido	\$185.000
Estado Civil	casada	Escolaridad	Enseñanza media completa
Actividad	Trabajadora independiente		
Solicitud	<b>Exámenes de laboratorio</b>		

### II. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.

Total Grupo Familiar: **01**      Nº Adultos: **01**      Nº Menores (Menor de 15 años) **00**

### III. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA QUE HABITAN.

TIPO	TENENCIA	TERRENO	SERVICIOS BÁSICOS		Tipo
			Si	No	
Casa	X	Propia	Propio		
Dept. Mediagu a		Arrendada	Arrendad o	X	
		Cedida	Cedido		
		Allegado	irregular		

### V. DETERMINACIÓN DEL BENEFICIO.

El grupo familiar, ¿postula por primera vez del beneficio?

NO  SI

No cuenta con recursos económicos para el  
Explique pago de exámenes de laboratorio.

El Jefe de Hogar, ¿El jefe de hogar es el único ingreso estable?

NO  SI

Los ingresos que se perciben mensualmente  
son por trabajos de forma independiente.  
Explique \_\_\_\_\_

**VI.****NECESIDADES MÉDICAS DETECTADAS**

Adjunta certificado médico. Si --- NO -x

Enfermedades Crónica	<input type="checkbox"/>	Doña Patricia esta con tratamiento de salud mental.
Discapacidad Física	<input type="checkbox"/>	
Sensorial	<input type="checkbox"/>	
Mental	X	
Dependiente insulina	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	

---

**Sistematización Profesional**

Individualizada de 53 años de edad, separada de hecho hace más de 5 años, habita vivienda arrendada, material sólido, en buen estado de conservación, de dos pisos, en el primer piso cuenta con living- comedor, cocina, baño y una habitación que utiliza para trabajar, en la segunda planta hay dos habitaciones. Vivienda emplazada a 10 minutos del centro de la comuna. Equipada con los justo para cubrir las necesidades básicas de individualizada. Cuanta con los servicios de agua potable y luz eléctrica.

Los ingresos estables de solicitante son por trabajos de forma independiente como manicurista generando un ingreso mensual de \$400.000 con los cuales alcanza a cubrir el pago del arriendo siendo \$250.000 mensuales, los servicios básicos de luz, agua potable y alimentación.

Individualizada informa en entrevista que se atiende en la Unidad de Salud Mental por problemas adaptativo y crisis de pánico, además lleva sus controles por hipertensión en el Cecosf de Nuevo Buin.

Doña Patricia se acerca en busca de ayuda para el pago de exámenes de laboratorio, indicaciones realizadas por médico tratante, menciona que hace un mes se tropezó en las escaleras de su casa, dejándola con dolores y mal estar al caminar.

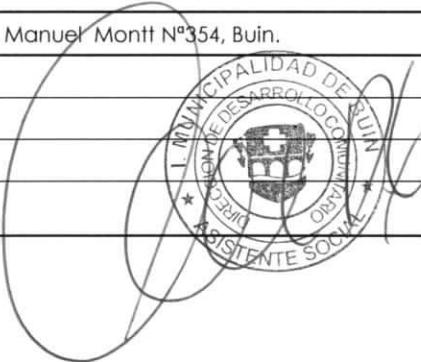
Luego de la evaluación social realizada y los antecedentes ya expuestos, se considera que cumple con las variables tanto económicas como sociales para ser beneficiada con pago de exámenes de laboratorio (según indica orden medica), cabe mencionar que el valor total de los exámenes es de \$52.710.

Por lo tanto el aporte a entregar corresponde al pago total de los exámenes de laboratorio, por lo cual el monto será de \$52.710 (cincuenta y dos mil setecientos

diez pesos) cheque que debe ir dirigido a nombre de SOCIEDAD DE SALUD LOS GUINDOS LIMITADA (Centro médico Kinerod), RUT 76.086.778-0. **Con cargo ítem presupuestario Programa Asistencial 2022.**

Nombre Trabajador Social	Carolina Reyes Garín
Cargo	Coordinadora Programa Asistencial
Servicio o Institución	Ilustre Municipalidad de Buin, Dideco, Manuel Montt N°354, Buin.
Teléfono	0228218473
Correo	creyes@buin.cl
Asistente Social	Lucy Pérez Vera
Fecha	13.12.2022

CRG/Ipv.





Nació en: TUCAPEL  
Profesión: No informada

1WKF - 7F

INCHL5183926640P02<<<<<<<<  
6907190F2907192CHL11416933<1<4  
FUENTES<MOSQUERA<<PATRICIA<MAR

CEDULA DE  
IDENTIDAD



REPUBLICA DE CHILE  
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL IDENTIFICACION



APPELLIDOS

FUENTES  
MOSQUERA

NOMBRES

PATRICIA MARGARITA

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

19 JUL 1969

NUMERO DOCUMENTO

518.392.664

11.416.933-1

FECHA DE EMISIÓN

22 MAR 2019

FECHA DE VENCIMIENTO

19 JUL 2029

FIRMA DEL TITULAR

RUN 11.416.933-1



# Cartola Hogar

## Registro Social de Hogares



Folio #51335671

Fecha Confirmación Ciudadano: 18/03/2019

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 24 de Noviembre de 2022 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Enero 2023

### Patricia Margarita Fuentes Mosquera

#### Calificación Socioeconómica

RUN:  
11.416.933-1

40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Dirección del Hogar:  
La Temporada /16, Nro domicilio: 104, Sitio:  
104, Buin.

-Ingresos  
+Vulnerabilidad

+Ingresos  
-Vulnerabilidad

Agrupación Habitacional:  
Nuevo Buin /16 -Vi

Su hogar está calificado entre el **0% y el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

La Calificación Socioeconómica del hogar se calculó en base a los datos que se detallan a continuación:

### Integrantes del Hogar

RUN	Nombre
11.416.XXX-X	Patricia Margarita Fuentes Mosquera

**Parentesco con el Jefe(a) del Hogar**  
Jefe(a) de hogar

#### Características integrantes del hogar

Menores de 18 años 0 personas	De 60 años o más 0 persona
----------------------------------	-------------------------------

Dependencia o discapacidad  
0 personas

### Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$90.000 y \$140.000

Ingresos de pensiones: menor que \$50.000

Ingresos de capital: menor que \$50.000

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

**Total Ingresos del hogar  
Entre \$90.000 y \$140.000**

### Datos Complementarios

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar.

Se recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la página web [www.registrosocial.gob.cl](http://www.registrosocial.gob.cl) o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

[registrosocial.gob.cl](http://registrosocial.gob.cl)

800 104 777

Oficinas Chile Atiende

Municipalidad

Esta cartola fue impresa el 13 de Diciembre a las 16:20 hrs. desde la I.Municipalidad de Buin

## Solicitud de Cambio de Domicilio y Vivienda

### Registro Social de Hogares

Nº solicitud: 31783881

Nº registro: 51335671

Fecha: 2022-11-28 13:19:02

#### Información personal

#### Información de contacto

Nombre: Patricia Margarita Fuentes Mosquera Correo electrónico: patyta\_fmosquera@hotmail.com  
RUN: 11.416.933-1 Teléfono:  
Teléfono Móvil: 89090100

#### Domicilio actual del hogar

Solicito la actualización del Registro Social de Hogares por cambio de domicilio

Calle	LA TEMPORADA /16	Número	104
Deptº		Block	
Casa		Comuna	BUIN
Agrupación habitacional	NUEVO BUIN /16 -VI	Unidad vecinal	6
Km / Sitio	104	Ciudad / Localidad	BUIN (P)
Referencia	NUEVO BUIN		

#### Nuevo domicilio del hogar

Calle	LA MARCHA /16	Número	01557
Deptº		Block	
Casa		Comuna	BUIN
Agrupación habitacional	NUEVO BUIN /16 -VI	Unidad vecinal	16
Km / Sitio		Ciudad / Localidad	BUIN (CD)
Referencia	NUEVO BUIN LA MARCHA No.01557		

En mi condición de integrante del Hogar N° 51335671 del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la información de domicilio y las condiciones de habitabilidad de la vivienda en que resido, de acuerdo a la información completada en la plataforma del Registro Social de Hogares, mediante esta solicitud.

#### Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda

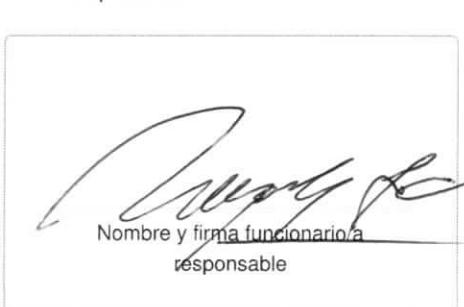
Declaro que la información proporcionada es fidedigna, integra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, con la que puedan proveerle otros organismos públicos, con los datos que se consignen y con todos aquellos necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.



Firma solicitante



Firma jefesa de hogar



Nombre y firma funcionario/a  
responsable

Corporación de Desarrollo Social de Buin  
Dirección de Salud – Cesfam Dr. Héctor García



**CECOSF**  
CENTRO COMUNITARIO DE  
SALUD FAMILIAR

**CERTIFICADO**

ESTABLECIMIENTO : CESFAM DR. HECTOR GARCIA

CERTIFICO QUE EL PACIENTE PATRICIA FUENTES ROSARIO  
ACUDIO A CONTROL MEDICO EL DIA 05 DE MIGRERO DEL 2022 DANDOLE LAS SIGUIENTES

INDICACIONES: Usar medicamento escrito  
No fumar No beber alcohol  
No usar tabaco con controles de peso  
salvo en distintos profesionales.

ATT:

BUIN, 05 DE PIOTERIBU DEL 2022

Reinaldo Vergara B.  
RNUT 151892 B903  
Asistente Social

FIRMA DEL PROFESIONAL

CORPORACIÓN DESARROLLO  
SOCIAL BUIN DPTO. SALUD  
SERVICIO SOCIAL /

## REFERENCIA

CENTRO DE SALUD: CECOSF NUEVO BUIN.

DE: REINALDO VERGARA BURGOS.  
ASISTENTE SOCIAL CECOSF NUEVO BUIN

A: CAROLINA REYES.  
ASISTENTE SOCIAL DIDEKO BUIN

NOMBRE PACIENTE: PATRICIA FUENTES MOSQUERA.

RUT.:11.416.933-1 F.CLINICA: EDAD 53 AÑOS. CELULAR: 989090100.

DOMICILIO: LA MARCHA #01557, POBLACIÓN NUEVO BUIN.

DIAGNÓSTICO: CONTUSIÓN RODILLA IZQUIERDA.

### PETICIÓN:

Usuaria sufre accidente doméstico, el día 10 de noviembre de 2022, se cae de la escalera de su casa, provocando Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis, a la fecha presenta dolor en rodilla izquierda, Dr. Riaño solicita toma de radiografía.

Usuaria vive sola, sin red de apoyo familiar, trabaja desde su hogar, realizando depilación, no cuenta con ingresos permanentes, Patricia vive en casa arrendada (\$250.000 pesos) paga mensual, además debe costear otros gastos del hogar (luz, agua, alimentación, etc.).

De acuerdo a lo anterior, se solicita apoyo en la toma de examen solicitada por Dr. Riaño, debido a precaria situación económica de usuaria.

Se solicita ayuda asistencial en pago de radiografía, mercadería y vale de gas, por precaria situación económica.

Es cuanto puedo informar.

Atentamente.



BUIN, 24 de noviembre de 2022.

REINALDO VERGARA BURGOS  
ASISTENTE SOCIAL

Reinaldo Vergara B.  
R.u.t.:15.892.690-3  
Asistente Social

## SOLICITUD IMAGENOLOGIA

NOMBRE COMPLETO: Jesús Ríos Fuentes

EDAD: 53 RUT: 11416933-1 PROCEDENCIA:

Fecha de nacimiento: 19/07/69 N° Ficha:

DIAGNOSTICO: Confusión Medular - Esquema

SOLICITUD: TDC Medular Esquema

24/11/15

FECHA



FIRMA MEDICO

Buin, 28 de noviembre 2022

## **COTIZACION EXAMEN**

Nombre del paciente : Patricia Margarita Fuentes Mosquera  
C. I. : 11.416.933-1  
PREVISION : fomasa

PRESTACION	CODIGO	VALOR
Tac de rodilla izquierda	0403017	\$ 52.710

DATOS: Sociedad de salud los guindos limitada. -

R.U.T.: 76.086.778-0  
Banco Crédito e Inversiones  
Cta. Cte.: 61393894

E-mail: [administracion@kinerod.cl](mailto:administracion@kinerod.cl)

Fecha de emisión documento: 03/11/2022

Bernardita Vergara  
Ejecutiva atención paciente  
Centro médico Kinerod

# COMPROMISO DE PAGO

SEÑORES  
CENTRO MEDICO KINEROD BUIN  
PRESENTE

De acuerdo a la cotización enviada por usted, informo que la Ilustre Municipalidad de Buin, mediante la Dirección de Desarrollo Comunitario, específicamente Departamento Asistencial, cancelara \$52.710 (cincuenta y dos mil setecientos diez pesos), por concepto de EXAMENES MEDICOS, dicho monto será cancelado a nombre de vuestra institución, beneficiado por PATRICIA MARGARITA FUENTES MOSQUERA, RUT 11.416.933-1, con domicilio en LA Marcha #01557, Nuevo Buin, Comuna de Buin.

Se acudirá a cancelar a la brevedad posible.

Saluda Atentamente a Usted.

  
Carolina Reyes Garín.  
Departamento Asistencial  
Dirección De Desarrollo Comunitario  
Ilustre Municipalidad De Buin  
[creyes@buin.cl](mailto:creyes@buin.cl)  
+56985514524  
Buin, 05 de diciembre de 2022



Ministerio de Salud  
Servicio de Salud  
Metropolitano Sur  
Hospital San Luis  
Unidad de Emergencia Adulto UESL

DATO DE ATENCION DE URGENCIA (D.A.U.)

10/11/2022

19:47

## DATOS PERSONALES

RUN	: 11416933-1	Nº Registro : 000851161	Nº de CP : U0001935514
Edad	: 53a 3m 22d	Nombre : PATRICIA MARGARITA FUENTES MOSQUERA	
Fecha Nacimiento	: 19/07/1969	Sexo : Mujer	
Teléfono	: 989090100	Previsión : Fonasa Grupo B	
Comuna	: Buin	Domicilio : LA MARCHA N° 01557 NUEVO BUIN	

## DATOS DE ADMISIÓN

Hora Ingreso	: 12:53	Fecha Ingreso	: 10/11/2022	Nº Ficha : 0311329
Advisor	: LESLIE FUENTES ROMERO	Clasificación Consulta	: ATENCION MEDICA NIÑO Y ADULTO	
Procedencia	: Espontáneo	LLegada en	: Vehículo Particular	
Nº Atenciones Ant.	: 0	Previsión Episodio	: Fonasa Grupo B	
Fecha Última		Condición de Urgencia	: Otro	
Atención				
Motivo Consulta	: CAIDA ESCALERA -ACC. COMUN-HTA -			

## CATEGORIZACIÓN

Comentarios : PAC SUFRE CAIDA DE ESCALERA , CONTUSION COLUMNA BRAZO DERECHO Y HTA	Realizado	MACARENA GRICEL
Categorización: C3 - Urgencia Médica Relativa Fecha / Hora: 10/11/2022 13:05	Por:	FUENTES ACEVEDO

## Control Signos Vitales:

Fecha	Hora	Pulso	P.Art.	F.Resp.	FiO2	SpO2	TºAxilar	TºRectal	EVA	HGT	Glasgow
10/11/2022	13:05	117	131/84			98	36				15
10/11/2022	15:36	84	111/70		21	99	36.6				15
10/11/2022	17:07	81	95/66		21	98					
10/11/2022	19:38	67	130/86		21	98					

## ATENCIÓN CLÍNICA

Profesional: CATALINA CORNEJO GUTIERREZ (Médico)	Fecha Hora: 10/11/2022 15:03
Anamnesis: paciente hipertensa, sin alergia. quien consulta por dolor intenso en columna y nuca, posterior a caida en escaleras.	Fecha Hora de Inicio: 10/11/2022 15:03

Fármacos	Dosis	ViaAdmin	Notas	Solicitante	Ejecutante	Fecha/Hora
KETOPROFENO SOLUCION INYECTABLE 100 MG	200 MILIGRAMOS	INTRAVENOSA		CATALINA CORNEJO GUTIERREZ Médico	CHRISTIAN ERNESTO GAJARDO JIMENEZ	10/11/2022 15:47
SODIO CLORURO SOLUCION INYECTABLE 0,9% / 250 ML	250 MILILITROS	INTRAVENOSA		CATALINA CORNEJO GUTIERREZ Médico	CHRISTIAN ERNESTO GAJARDO JIMENEZ	10/11/2022 15:47
DEXAMETASONA SOLUCION INYECTABLE 4 MG/ML	2 SOLUCION INYECTABLE	INTRAVENOSA		CATALINA CORNEJO GUTIERREZ Médico	CHRISTIAN ERNESTO GAJARDO JIMENEZ	10/11/2022 19:37

Indicaciones	Solicitante	Fecha/Hora Solicitante	Ejecutante	Fecha/Hora Ejecutante	Estado	Categoría	Notas
Control de Signos Vitales	KAREN SUAREZ HERNANDEZ	10/11/2022 17:26	KAREN SUAREZ HERNANDEZ	10/11/2022 17:27	Ejecutado	Cuidados De Enfermeria	
TAC COLUMNA CERVICAL (4 ESPACIOS 5 VERTEBRAS) (40 CORTES 2 MM)	CATALINA CORNEJO GUTIERREZ	10/11/2022 15:04	usuraro prueba		Ejecutado	Imagenologia	
TAC COLUMNA DORSAL. INCLUYE MINIMO 6 ESPACIOS	CATALINA CORNEJO GUTIERREZ	10/11/2022 15:04	usuraro prueba		Ejecutado	Imagenologia	
TAC COLUMNA LUMBAR	CATALINA CORNEJO GUTIERREZ	10/11/2022 15:04	usuraro prueba		Ejecutado	Imagenologia	

**ALCOHOLEMIA:** NO**DATOS DE EGRESO**

Condición Cierre	: Vivo	Pertinencia	: Si
Atención			CATALINA CORNEJO GUTIERREZ
Pronóstico Médico Legal	: Leve	Alta Por	: 9092820-1
Destino	: Domicilio	Fecha Hora Alta Clínica	: 10/11/2022 19:24

Indicaciones término	CELECOXIB 1 TABLETA DE 200MG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
Atención	: VITAMINA B12 1 AMPOLLA INTRA MUSCULAR SEMANAL POR 3 DOSIS DICLOFENAC GEL APLICAR 3 VECES AL DIA EN LAS ZONAS QUE DUELEN

**Diagnósticos GES:**

10/11/2022 15:04	CONTUSION LUMBOSACRA	Hipotesis Diagnistica	Diagnóstico Principal	Caso en Sospecha	CATALINA CORNEJO GUTIERREZ
---------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------	----------------------------------

CONSTANCIA GES: Declaro que he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explicitas en Salud establecidas en la Ley N° 19.966 Diagnóstico Ges.

Reporte generado por: BELEN GOMEZ ESPINOZA Firma Paciente/Representante Legal Médico: CATALINA CORNEJO GUTIERREZ 9092820-1

Estimado Paciente: La evaluación del tratamiento indicado y los controles posteriores deben efectuarse en el consultorio de atención primaria o con su médico de cabecera.  
La persistencia o agravamiento de sus síntomas deben ser evaluados en el servicio de urgencia más cercano.

Si desea validar este certificado en internet,  
use este número de certificado:  
**225.368.271**

Jueves, 24 de Noviembre de 2022

## Certificado de Cotizaciones

AFP ProVida S.A. certifica que la Cuenta de Capitalización individual número 1008-1008-0100330389, perteneciente al afiliado(a), Señor(a) PATRICIA MARGARITA FUENTES MOSQUERA , RUT 11.416.933-1 , registra las siguientes cotizaciones correspondientes al 10% de las remuneraciones y/o rentas declaradas.

Periodo Pago	Renta Imponible	Fondo de Pensiones	Código de Cotización	Empleador	Rut Empleador	Fecha Pago
OCT-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
SEP-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
AGO-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
JUL-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
JUN-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
MAY-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
ABR-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
MAR-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
FEB-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
ENE-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
DIC-2021	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
NOV-2021	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		

Los códigos de cotización indican lo siguiente:

- D:** Declarada y no Pagada.
- V:** No declarada sobre las cuales hemos detectado morosidad.
- G:** Corresponde a Gratificación.
- T:** Recibidas desde otra AFP.
- C:** Cuota de convenio no representa total de la cotización.
- A:** Declaración y no Pago Automático.
- P:** Pago recibido desde Tesorería General de la República.
- I:** Declarada y no Pagada, informada por Tesorería General de la República.

Cordialmente,



**AFP Provida S.A.**

**AFP Provida S.A.**  
Servicio de Información ProVida AFP en  
línea



**CECILIA DELCARMEN ARANDA  
DIAZ**  
**AFP Provida S.A.**



Puedes obtener el mismo certificado en tu Sucursal Virtual en [www.provida.cl](http://www.provida.cl), en ProVida APP desde tu celular, en el Contact Center o en cualquiera de nuestras Sucursales; sea cual sea la opción que elijas, siempre tiene la misma validez.