

SANTA CRUZ, 27 de Octubre del 2020.

VISTOS :

- 1.- El D.F.L. N° 1 DEL Ministerio Del Interior de fecha 09.05.2006, publicado en el Diario Oficial el 26.07.2006, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 2.- El Reglamento de Ayudas sociales Ilustre Municipalidad de Santa Cruz y sus modificaciones.
- 3.- El informe Socioeconómico del 21/10/2020, del señor Juan Manuel Farfán Peña.
- 4.- Cartola Hogar Registro Social de Hogares, Folio #50247863, del 25/08/2016, Juan Manuel Farfán Peña; RUN: 14.049.883-1.
- 5.- Presupuesto del 27-10-2020, N° 5926079, UNO SALUD DENTAL COYACURA 2229, PROVIDENCIA.
- 6.- Certificado de Disponibilidad Presupuestaria N° 1.609, de fecha 21 de octubre del 2020. Emitido por doña María Angelica Piña P. Departamento de Finanzas.
- 7.- Boleta No Afecta o Exenta Electrónica N° 50556, del 24 de septiembre de 2020.
- 8.- Plan de tratamiento y presupuesto N° 5753848, del 14/09/2020.; Plan de tratamiento y presupuesto N° 5754167, del 14/09/2020; Plan de tratamiento y presupuesto N° 5753855, del 14/09/2020.

CONSIDERANDO :

- 1.- El Reglamento de Ayudas sociales Ilustre Municipalidad de Santa Cruz y sus modificaciones. El artículo 3° Los aportes de Asistencia Social del Municipio de Santa Cruz, Podrán corresponder a las siguientes áreas: e) Aportes para Beneficios de Salud, tales como: Recetas Médicas, Exámenes, Intervenciones quirúrgicas, Prótesis, implementos médicos, otras.
- 2.- El informe Socioeconómico del 21/10/2020, del señor Juan Manuel Farfán Peña, especificar: Usuario de encuentra complicado de Salud debido a una compleja infección que le ha afectado varias piezas dentales y que requiere tratamiento dental complejo. Que según el ingreso Per Cápita: **\$ 350.000.-** % Registro social de Hogares: Entre 61 y el 70% de menos ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómico.

Opinión Profesional: " debido a una grave infección dental que le ha afectado varias piezas dentales por tanto el usuario requiere un tratamiento dental que contempla cuatro etapas de las cuales el usuario ya inicio completando dos etapas y ha costeado por sus propios medios, en la etapa 3 del tratamiento contempla una suma de dinero que es mayor a sus ingresos por trabajo y el cual no puede costear, mediante solicitud a través de alcalde, se le aseguro apoyo económico para costear etapa tres del tratamiento." "La trabajadora Social doña Camila Ignacia Reyes Moreno en su informe señala "pertinente otorgar aporte económico por la suma de \$ 530.820."

- 3.- Cartola Hogar Registro Social de Hogares, Folio #50247863, Juan Manuel Farfán Peña; RUN: 14.049.883-1; su Hogar está calificado entre el 61% y el 70% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómico.

4.- Presupuesto del 27-10-2020, N° 5926079, UNO SALUD DENTAL COYACURA 2229, PROVIDENCIA. Presupuesto Sucursal 35 San Fernando, por un total de \$ 530.820.

5.- Certificado de Disponibilidad Presupuestaria N° 1.609, emitido por doña María Angelica Piña P. Departamento de Finanzas donde certifica lo siguiente: el departamento de finanzas certifica que se encuentra disponible para uso de la Dirección de Desarrollo Comunitario, en la cuenta presupuestaria 215.24.01.007.001.022 " Tratamiento Dental" por \$ 540.000 asignación Asistente Social a Personas Naturales. Solicitud de acuerdo al Memorándum N°1319.

6.- Boleta No Afecta o Exenta Electrónica N° 50556, del 24 de septiembre de 2020, **SOCIEDAD ODONTOLOGICA UNO DENTAL TREINTA Y CINCO SPA.** Por un total de \$280.222; Plan de tratamiento y presupuesto N° 5753848, del 14/09/2020 paciente Juan Farfán Peña, R.U.T: 14.049.883-1, por un total de \$200.320.; Plan de tratamiento y presupuesto N° 5753855, del 14/09/2020 paciente Juan Farfán Peña, R.U.T: 14.049.883-1, por un total de \$88.570. Todos dan cuenta de un tratamiento previo configurándose una urgencia correspondiente a salud bucal.

7.- Los Artículos 56, 63 y demás pertinentes del D.F.L. N° 1 DEL Ministerio Del Interior de fecha 09.05.2006, publicado en el Diario Oficial el 26.07.2006, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, con sus respectivas modificaciones.

DECRETO EXENTO N°2930

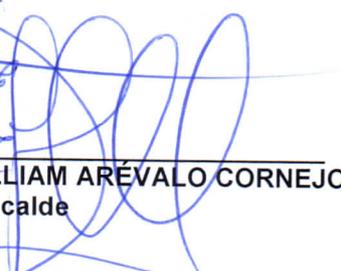
1.- Otorgase, asignación directa en favor de don Juan Farfán Peña, C.I.N° 14.049.883-1, por la suma de \$ 530.820.- (quinientos treinta mil ochocientos veinte), mediante la emisión del correspondiente cheque a nombre de SOCIEDAD ODONTOLOGICA UNO DENTAL TREINTA Y CINCO SPA, R.U.T 76.453.333-K.

2.- Impútese el gasto a la cuenta presupuestaria 215.24.01.007.001.022 denominada "Tratamiento Dental"

Anótese, comuníquese, archívese y publíquese en la página Web del Municipio.



FERMIN MIGUEL GUTIERREZ RIVAS
Secretario Municipal



GUSTAVO WILLIAM AREVALO CORNEJO
Alcalde



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ
 DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO



Dideco
SANTA CRUZ
 DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

Fecha 21/10/2020

INFORME SOCIOECONÓMICO

Antecedentes Generales del Informado

Nombre	Juan Manuel Farfán Peña		
Rut	14.049.883-1	Fecha Nacimiento	23 de Diciembre 1980
Dirección	Río Tinguirica 489, Villa los Rosales		
Previsión	Social	Salud	Sin Previsión
Ocupación	Asistente de la Educaciónj		
Teléfono	941840395		

Grupo familiar:

Nombre	Edad	Ocupación	Ingresos	Previsión	Escolaridad

Antecedentes de Salud

Presencia de personas con discapacidad en el grupo Familiar (NO)
 Presencia de enfermedades en el núcleo familiar (SI)

Especificar: Usuario se encuentra complicado de salud debido a una compleja infección que le ha afectado varias piezas dentales y que requiere tratamiento dental completo

Situación Económica: Ingresos - Gastos

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Ingresos por trabajo	\$ 350.000	LUZ	\$ 20.000
		AGUA	\$ 20.000
		GAS	\$ 18.000
		ALIMENTACION	\$ 70.000
		MEDICAMENTOS	\$ 20.000
		TRATAMIENTO MEDICO	\$180.000
		TV CABLE	\$ 27.000
		MOVILIZACION	\$ 20.000
		CREDITOS	\$ 0
Total Ingresos	\$ 350.000	Total Egresos	\$375.000

Características de la Vivienda

Marcar con una x solo si corresponde

Tenencia de Vivienda	
Propia	
Arrendada	
Allegados	X
Riesgo de desalojo	
Ocupación Ilegal	
Cedida	

Tenencia del Sitio	
Propio	
Arrendado	
Allegados	X
Riesgo de desalojo	
Ocupación Ilegal	
Cedido	

Tipo de Vivienda

Dimensión	Indicador	Categoría		
		Acceptable	Regular	Deficiente
Tipo de Vivienda	Casa aislada	X		
	Casa pareada por uno/dos lados			
	Departamento en edificio con/sin ascensor;			
	Pieza en casa antigua o conventillo.			
	Mediagua o Mejora			
	Rancho, choza o ruca			
	Vivienda precaria de materiales reutilizados			
	Móvil (carpa, casa rodante o similar); Otro tipo.			

Materialidad de la Vivienda

Dimensión	Indicador		Categorías	
			Acceptable	Deficiente
Paredes exteriores	Hormigón armado, Albañilería (bloque de cemento, piedra o ladrillo). Tabique forrado por ambas caras (madera, lata u otro).	X	Acceptable	X
	Tabique sin forro interior (madera u otro); Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional.		Regular	
	Materiales precarios o desecho (cartón, latas, sacos, plásticos, etc).		Deficiente	
Techo	Tejas o tejuela, Losa hormigón, planchas metalizas(zinc, cobre, etc),	X	Acceptable	X
	Fonolita, Paja, coirón, totora, o caña.		Regular	
	Materiales precarios o de desecho;	=	Deficiente	
Piso	Parquet, Madera, Piso flotante o similar, Cerámico, flexit, Alfombra o cubrepiso.	X	Acceptable	X
	Baldosa de cemento, Radier, Enchapado de cemento.		Regular	
	Piso de tierra.		Deficiente	

Saneamiento de la vivienda

Dimensión	Indicador		Categorías	
			Acceptable	Deficiente
Disponibilidad de Luz	Con empalme propio	X	Acceptable	x
	Con empalme compartido		Deficitario	
	No tiene sistema.			
Disponibilidad de Agua	Con llave dentro de la vivienda	X	Acceptable	x
	Con llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda.		Deficiente	
	No tiene sistema, la acarrea.			

Servicio Higiénico	WC conectado al alcantarillado, WC conectado a fosa séptica	X	Categorías	
	Letrina Sanitaria conectada a pozo negro		Aceptable	X
	Cajón sobre pozo negro		Deficiente	
	Cajón sobre acequia o canal			
	Cajón conectado a otro sistema			
	No tiene servicio Higiénico (WC)			

Hacinamiento

Personas por dormitorio en la vivienda		Tipo de Hacinamiento	
2 y menos		Sin hacinamiento	
3 a 5	X	Hacinamiento medio	X
6 y mas		Hacinamiento critico	

SOLICITUD: Apoyo económico para ayuda en tratamiento dental médico con el monto debido a una compleja infección dental que le ha afectado varias piezas dentales y que requiere tratamiento dental completo.

OPINION PROFESIONAL:

Según RSH el referido se encuentra calificada en un tramo entre el 61% y el 70% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, usuario actualmente está pasando por una compleja situación de salud debido a una grave infección dental que le ha afectado varias piezas dentales por tanto el usuario requiere un tratamiento dental que contempla cuatro etapas de las cuales el usuario ya inicio completando dos etapas y ha costeado por sus propios medios, en la etapa 3 del tratamiento contempla una suma de dinero que es mayor a sus ingresos por trabajo y el cual no puede costear, mediante solicitud a través de Alcalde, se le aseguro apoyo económico para costear etapa tres del tratamiento.

Importante mencionar que el ingreso actual del usuario corresponde a la licencia médica debido a que por motivo de su tratamiento no ha podido trabajar, por tanto se debe considerar que se ha generado una considerable disminución de los ingresos. Sobre la base de la información recopilada y expuesta precedentemente, la Trabajadora Social que suscribe, ha evaluado la situación económica actual del SR. Juan Manuel Farfán Peña quien presenta una necesidad manifiesta, estimando pertinente otorgar Aporte económico por la suma de \$530.820, se considera necesario y urgente, acoger el requerimiento que permita al informado, ser atendido en su problema de salud con la prontitud que los especialistas determinan dando que ello permitirá mayores posibilidades de recuperación, contribuyendo al normal desarrollo de su vida.

Esperando buena acogida a la petición, saluda atentamente.

PROFESIONAL EVALUADOR(A): CAMILA IGNACIA REYES MORENO

RUN: 18.931.740-9

TELÉFONO: 964941296

CORREO ELECTRÓNICO: camilareyes.moreno1995@gmail.com



Camila R

FIRMA PROFESIONAL EVALUADOR



Cartola Hogar Registro Social de Hogares

Folio #50247863
Fecha Confirmación Ciudadano: 25/08/2016

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 25 de Septiembre de 2020 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 Noviembre 2020

**Juan Manuel
Farfán Peña**

Calificación Socioeconómica

RUN:
14.049.883-1

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

Dirección del Hogar:
Río Tinguiririca, Nro domicilio: 489, Dpto: 0,
Block: 0, Sitio: 0, Santa Cruz.

-Ingresos
+Vulnerabilidad

+Ingresos
-Vulnerabilidad

Agrupación Habitacional:
Los Rosales -Vi

Su hogar está calificado entre el **61% y el 70% 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	Parentesco con el Jefe(a) del Hogar
14.049.XXX-X	Juan Manuel Farfán Peña	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 \$305.000 y \$370.000
Ingresos de pensiones: menor que \$50.000
Ingresos de capital: menor que \$50.000

**Total Ingresos del hogar
Entre \$305.000 y \$370.000**

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

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 o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

registrosocial.gob.cl

800 104 777

Oficinas Chile Atiende

Municipalidad

Esta cartola fue impresa el 20 de Octubre a las 15:10 hrs. desde la I. Municipalidad de Santa Cruz

CÓMPROBANTE DE VENTA
TARJETA DE DEBITO
 UNOSALUD SAN FERNANDO
 O'HIGGINS MALL VIVO SAN FERNANDO 701 SN
 SAN FERNANDO
 591032657168-V19.1A1



reir!

**SOCIEDAD ODONTOLOGICA UNO
 DENTAL TREINTA Y CINCO SPA**

SERVICIOS MEDICOS ODONTOLOGICOS

Av.Santa Maria 2810 Of.101 - Providencia - Santiago

Fono: 2 2763 8900 / **600 707 1010**

Desde Celulares: (56-2) 2763 8900

Suc.:Valparaiso 1070 Loc.2004 - 102 - Viña del Mar

Suc: Av.Bernardo O'Higgins 701 Local 110 - San Fernando

R.U.T.: 76.453.333-K

**BOLETA NO AFECTA O
 EXENTA ELECTRÓNICA**

N° 50556

S.I.I. - PROVIDENCIA

FECHA: 24-09-2020 HORA: 16:41:17 TERMINAL: 51H02445
 CIUDA: COLCHAGUA 25-09-20
 TIPO DE TARJETA: NUM DE CUENTA: C-DB
 *****3126 *****051
 VISA DEBITO A0000000031010
 MONTO: \$280.222
TOTAL: \$280.222
 NUMERO DE OPERACION: 003935
 CODIGO DE AUTORIZACION: 006077
 MONEDA: PESO

u@unosalud.com

Santiago, 24 de septiembre de 2020

GRACIAS POR SU COMPRA
 COPIA CLIENTE
 ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

EÑA

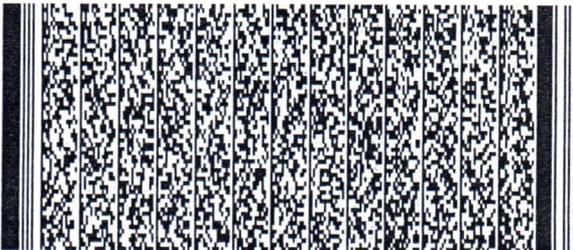
GUIRIRICA 489 S

COD. Cliente : JUAN FARFAN PEÑA

R.U.T. : 14.049.883-1

Ciudad : (6)COLCHAGUA

Ítem	Código	Descripción	U.M	Cantidad	Precio Unit.	Valor Exento	Valor
1	0	- PAGO ESTRUCTURA DE PAGO N°:17226659 PRESUPUESTOS: 5753848-5753855	UN	1,00	280.222,00	280.222	280.222



Timbre Electronico S.I.I.
 Resolución Nro. 80 del 22-08-2014

Verifique Documento: <http://www.facturacion.cl/unosanfernando/boleta>

Desarrollado por www.facturacion.cl

Exento: \$ 280.222
TOTAL A PAGAR \$ 280.222



UNO SALUD DENTAL
Central Telefónica: 600 707 1010 - Desde Celulares: 02-2763 8900

http://www.unosalud.cl - Mail: contacto@unosalud.cl

Presupuesto realizado en SUCURSAL 35 SAN FERNANDO

3

He hecho la consulta
Dool

Plan de Tratamiento y Presupuesto N° 5753859

Paciente	JUAN FARFAN PEÑA	Fecha	14/09/2020 10:52
RUT	14.049.883-1	Convenio	CAJA LOS ANDES
Dirección	PASAJE RIO TINGUIRIRICA 489 S	Sucursal	35 SAN FERNANDO
Especialidad	REHABILITACIÓN		

Ítem	Pieza	Prestación	Valor General	Valor Convenio	Valor Final
1071	x.a1	[11.30.2]PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL DE BASE METÁLICA	\$372.070	\$149.080	\$149.080
1377	x.a1	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	\$16.590
1548	x.a1	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	\$99.740
1071	x.a2	[11.30.2]PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL DE BASE METÁLICA	\$372.070	\$149.080	\$149.080
1377	x.a2	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	\$16.590
1548	x.a2	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	\$99.740
Sub-Total :PROTESIS PARCIAL METALICA LAB. BD BOCA			\$1.026.540	\$530.820	\$530.820
Totales			\$1.026.540	\$530.820	\$530.820

*Estas prestaciones NO tienen descuento del Convenio al ser prestaciones de carácter NO clínicas.

Subtotal : **\$530.820**
Total : **\$530.820**
Observaciones :

NOTA: Este presupuesto puede experimentar variaciones una vez que sea evaluado por el especialista. En los presupuestos de Implantes, podrán ser cobrados insumos adicionales utilizados en la cirugía y que no hayan sido presupuestados con anterioridad. Presupuesto valido por 1 mes. IMPORTANTE: El VALOR GENERAL corresponde al arancel UNO SALUD DENTAL.
FELIPE LOPEZ GONZALEZ



Camila Ignacia Reyes Moreno <camilareyes.moreno1995@gmail.com>

Presupuesto de Tratamiento

UNO SALUD DENTAL <honorarios@unosalud.com>
Para: camilareyes.moreno1995@gmail.com

27 de octubre de 2020 a las 11:47



UNO SALUD DENTAL
COYANCURA 2229, PROVIDENCIA
contacto@unosalud.cl
SANTIAGO, CHILE
2763 8900

Plan de Tratamiento y Presupuesto N° 5926079

Paciente	JUAN FARFAN PEÑA	Fecha	27/10/2020 11:29
RUT	14.049.883-1	Convenio	CAJA LOS ANDES
Dirección	PASAJE RIO TINGUIRIRICA 489 S	Sucursal	35 SAN FERNANDO
Especialidad	REHABILITACIÓN		

Ítem	Pieza	Prestación	Valor General	Valor Convenio	Valor Final
1071	x.a1	[11.30.2]PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL DE BASE METÁLICA	\$372.070	\$149.080	\$149.080
1377	x.a1	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	\$16.590
1548	x.a1	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	\$99.740
1071	x.a2	[11.30.2]PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL DE BASE METÁLICA	\$372.070	\$149.080	\$149.080
1377	x.a2	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	\$16.590
1548	x.a2	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	\$99.740
Sub-Total :PROTESIS PARCIAL METALICA LAB. BD BOCA			\$1.026.540	\$530.820	\$530.820
Totales			\$1.026.540	\$530.820	\$530.820

*Estas prestaciones NO tienen descuento del Convenio al ser prestaciones de carácter NO clínicas.

Subtotal : **\$530.820**
Total : **\$530.820**
Observaciones :

NOTA: Este presupuesto puede experimentar variaciones una vez que sea evaluado por el especialista. En los presupuestos de Implantes, podrán ser cobrados insumos adicionales utilizados en la cirugía y que no hayan sido presupuestados con anterioridad. Presupuesto valido por 1 mes. IMPORTANTE: El VALOR GENERAL corresponde al arancel UNO SALUD DENTAL.
FELIPE LOPEZ GONZALEZ

Enviado con  **FASTMAIL**

[Cancela inscripción](#) | [Envía a un amigo](#)



UNO SALUD DENTAL

Central Telefónica: 600 707 1010 - Desde Celulares: 02-2763 8900

http://www.unosalud.cl - Mail: contacto@unosalud.cl

Presupuesto realizado en SUCURSAL 35 SAN FERNANDO

4

Operativo

Plan de Tratamiento y Presupuesto N° 5754167

Paciente	JUAN FARFAN PEÑA	Fecha	14/09/2020 11:24
RUT	14.049.883-1	Convenio	CAJA LOS ANDES
Dirección	PASAJE RIO TINGUIRIRICA 489 S	Sucursal	35 SAN FERNANDO
Especialidad	OPERATORIA		

Ítem	Pieza	Prestación	Valor General	Valor Convenio	Valor Final
1423	23	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	\$29.750
1423	24	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	\$29.750
1423	25	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	\$29.750
1423	26	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	\$29.750
1423	8	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	\$29.750
1423	7	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	\$29.750
Totales			\$446.220	\$178.500	\$178.500

Subtotal :

\$178.500

Total :

\$178.500

Observaciones :

NOTA: Este presupuesto puede experimentar variaciones una vez que sea evaluado por el especialista. En los presupuestos de Implantes, podrán ser cobrados insumos adicionales utilizados en la cirugía y que no hayan sido presupuestados con anterioridad. Presupuesto valido por 1 mes. IMPORTANTE: El VALOR GENERAL corresponde al arancel UNO SALUD DENTAL.
FELIPE LOPEZ GONZALEZ



UNO SALUD DENTAL

Central Telefónica: 600 707 1010 - Desde Celulares: 02-2763 8900

http://www.unosalud.cl - Mail: contacto@unosalud.cl

Presupuesto realizado en SUCURSAL 35 SAN FERNANDO

①

Operatorio

Plan de Tratamiento y Presupuesto N° 5753848

Paciente	JUAN FARFAN PEÑA	Fecha	14/09/2020 10:51
RUT	14.049.883-1	Convenio	CAJA LOS ANDES
Dirección	PASAJE RIO TINGUIRIRICA 489 S	Sucursal	35 SAN FERNANDO
Especialidad	OPERATORIA		

Ítem	Pieza	Prestación	Valor General	Valor Convenio	Valor Final
1021	x.s	[10.25.5]DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA	\$93.080	\$37.300	\$37.300
935	2.o	[8.20.3]RESTAURACIÓN CLASE I UNA CARA CON RESINA	\$90.990	\$29.990	\$29.990
936	5.o,d	[8.20.4]RESTAURACIONES CLASE II DOS CARAS RESINA	\$94.730	\$37.900	\$37.900
936	14.o,m,p	[8.20.4]RESTAURACIONES CLASE II DOS CARAS RESINA	\$94.730	\$37.900	\$37.900
1032	28	[6.14.5]APLICACIÓN SELLANTE PIEZA PERMANENTE O TEMPORAL	\$33.170	\$11.990	\$11.990
937	20.m,o,d	[8.20.5]RESTAURACIONES CLASE II TRES CARAS RESINA	\$113.080	\$45.240	\$45.240
Totales			\$519.780	\$200.320	\$200.320

Subtotal : **\$200.320**
Total : **\$200.320**
Observaciones :

NOTA: Este presupuesto puede experimentar variaciones una vez que sea evaluado por el especialista. En los presupuestos de Implantes, podrán ser cobrados insumos adicionales utilizados en la cirugía y que no hayan sido presupuestados con anterioridad. Presupuesto valido por 1 mes. IMPORTANTE: El VALOR GENERAL corresponde al arancel UNO SALUD DENTAL.
 FELIPE LOPEZ GONZALEZ



UNO SALUD DENTAL
Central Telefónica: 600 707 1010 - Desde Celulares: 02-2763 8900

http://www.unosalud.cl - Mail: contacto@unosalud.cl

Presupuesto realizado en SUCURSAL 35 SAN FERNANDO

(2)
Cingria

Plan de Tratamiento y Presupuesto N° 5753855

Paciente	JUAN FAFAN PEÑA	Fecha	14/09/2020 10:52
RUT	14.049.883-1	Convenio	CAJA LOS ANDES
Dirección	PASAJE RIO TINGUIRIRICA 489 S	Sucursal	35 SAN FERNANDO
Especialidad	CIRUGIA		

Ítem	Pieza	Prestación	Valor General	Valor Convenio	Valor Final
731	1	[2.2.4]EXODONCIA A COLGAJO	\$89.810	\$35.990	\$35.990
731	16	[2.2.4]EXODONCIA A COLGAJO	\$89.810	\$35.990	\$35.990
1013	x.s	[10.27.4]CONTROL POST QUIRÚRGICO CON O SIN RETIRO DE PUNTOS	\$41.460	\$16.590	\$16.590
Totales			\$221.080	\$88.570	\$88.570

Subtotal :

\$88.570

Total :

\$88.570

Observaciones :

NOTA: Este presupuesto puede experimentar variaciones una vez que sea evaluado por el especialista. En los presupuestos de Implantes, podrán ser cobrados insumos adicionales utilizados en la cirugía y que no hayan sido presupuestados con anterioridad. Presupuesto valido por 1 mes. IMPORTANTE: El VALOR GENERAL corresponde al arancel UNO SALUD DENTAL.
FELIPE LOPEZ GONZALEZ

Estructura de pago N°17226659

Importante: La estructura de pago es válida solo en la clínica o sucursal donde el presupuesto y estructura de pago fue realizada. Los descuentos o promociones no son acumulables en la estructura de pago.

Vigencia Cotización 24/09/2020

Convenio Paciente	CAJA LOS ANDES	Clínica	35 SAN FERNANDO
Diagnosticador	ANA MARIA ROMERO		
N° Ficha Paciente	788884	Celular	
Nombre Paciente	JUAN		
Apellido	FARFAN PEÑA		
Rut	14.049.883-1		
Numero del o los presupuestos	5753848,5753855		
Total Presupuesto	\$288.890		
Descuento Final	\$ 8.668	Rango de Descuentos	3%
Total a pagar por el Paciente	\$ 280.222		
Forma de Pago	TARJETA DE DEBITO	Cuotas	1
* Valor Cuota	\$ 280.222		
Observaciones:			

Se podrá requerir devolución de dinero solo en caso de imposibilidad de hacer uso del servicio y siempre que no se haya iniciado el tratamiento o presupuesto. Es obligatorio contar con la copia cliente de la boleta para requerir devoluciones (no fotocopia), sin esta copia no se podrá devolver dinero. Se aplicará un cargo de administración de 3% a todo evento*. Una vez iniciado el tratamiento no podrá solicitar la devolución de dinero, cualquiera sea el motivo*. La reserva de pabellón en ningún caso podrá ser devuelta. *(Salvo que por razones clínicas no pueda realizar el tratamiento)

Firma Uno Salud

Firma Paciente



**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD
PRESUPUESTARIA N° 1.609**

El Departamento de finanzas certifica que se encuentra disponible para uso de la Dirección de Desarrollo Comunitario, en la cuenta presupuestaria 215.24.01.007.001.022 "**Tratamiento Dental**" por \$540.000 asignación Asistencia Social a Personas Naturales.

Solicitud de acuerdo al Memorándum N°1319.

Área de Gestión 004.040.

Lo anterior para su conocimiento y fines.

Santa Cruz 21 de octubre del 2020.

Sólo certificado en Original



María Angelina Piña P.
MARÍA ANGELINA PIÑA P.
DEPARTAMENTO DE FINANZAS