

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.


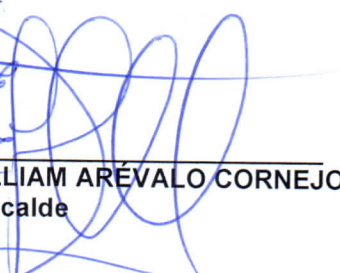
### DECRETO EXENTO N°2930

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 ARÉVALO CORNEJO**  
Alcalde



REPUBLICA DE CHILE  
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ  
 DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO



*Dideco*  
**SANTA CRUZ**  
 DIRECCION 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
<b>Total Ingresos</b>	<b>\$ 350.000</b>	<b>Total Egresos</b>	<b>\$375.000</b>

### 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		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	Deficitario
Disponibilidad de Luz	Con empalme propio	X		x
	Con empalme compartido		Deficitario	
	No tiene sistema.			

Dimensión	Indicador		Categorías	
			Acceptable	Deficiente
Disponibilidad de Agua	Con llave dentro de la vivienda	X		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](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 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

Item	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](http://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 cita con  
Dool

Plan de Tratamiento y Presupuesto N° 5753859

Paciente	JUAN FANFAN 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	<b>\$149.080</b>
1377	x.a1	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	<b>\$16.590</b>
1548	x.a1	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	<b>\$99.740</b>
1071	x.a2	[11.30.2]PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL DE BASE METÁLICA	\$372.070	\$149.080	<b>\$149.080</b>
1377	x.a2	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	<b>\$16.590</b>
1548	x.a2	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	<b>\$99.740</b>
<b>Sub-Total :PROTESIS PARCIAL METALICA LAB. BD BOCA</b>			<b>\$1.026.540</b>	<b>\$530.820</b>	<b>\$530.820</b>
Totales			<b>\$1.026.540</b>	<b>\$530.820</b>	<b>\$530.820</b>

\*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 &lt;camilareyes.moreno1995@gmail.com&gt;

## 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	<b>\$149.080</b>
1377	x.a1	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	<b>\$16.590</b>
1548	x.a1	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	<b>\$99.740</b>
1071	x.a2	[11.30.2]PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL DE BASE METÁLICA	\$372.070	\$149.080	<b>\$149.080</b>
1377	x.a2	[11.30.12]CONTROL DE LA ESPECIALIDAD REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	\$41.460	\$16.590	<b>\$16.590</b>
1548	x.a2	*[LHR5]LAB. BD PROTESIS METALICA ACRILICO TERMINADA	\$99.740	\$99.740	<b>\$99.740</b>
<b>Sub-Total :PROTESIS PARCIAL METALICA LAB. BD BOCA</b>			\$1.026.540	\$530.820	<b>\$530.820</b>
Totales			\$1.026.540	\$530.820	<b>\$530.820</b>

\*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: EI 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	<b>\$29.750</b>
1423	24	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	<b>\$29.750</b>
1423	25	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	<b>\$29.750</b>
1423	26	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	<b>\$29.750</b>
1423	8	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	<b>\$29.750</b>
1423	7	[8.20.27]RECUPERACION BORDES INCISALES	\$74.370	\$29.750	<b>\$29.750</b>
<b>Totales</b>			<b>\$446.220</b>	<b>\$178.500</b>	<b>\$178.500</b>

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**

<b>Paciente</b>	JUAN FARFAN PEÑA	<b>Fecha</b>	14/09/2020 10:51
<b>RUT</b>	14.049.883-1	<b>Convenio</b>	CAJA LOS ANDES
<b>Dirección</b>	PASAJE RIO TINGUIRIRICA 489 S	<b>Sucursal</b>	35 SAN FERNANDO
<b>Especialidad</b>	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	<b>\$37.300</b>
935	2.o	[8.20.3]RESTAURACIÓN CLASE I UNA CARA CON RESINA	\$90.990	\$29.990	<b>\$29.990</b>
936	5.o,d	[8.20.4]RESTAURACIONES CLASE II DOS CARAS RESINA	\$94.730	\$37.900	<b>\$37.900</b>
936	14.o,m,p	[8.20.4]RESTAURACIONES CLASE II DOS CARAS RESINA	\$94.730	\$37.900	<b>\$37.900</b>
1032	28	[6.14.5]APLICACIÓN SELLANTE PIEZA PERMANENTE O TEMPORAL	\$33.170	\$11.990	<b>\$11.990</b>
937	20.m,o,d	[8.20.5]RESTAURACIONES CLASE II TRES CARAS RESINA	\$113.080	\$45.240	<b>\$45.240</b>
<b>Totales</b>			<b>\$519.780</b>	<b>\$200.320</b>	<b>\$200.320</b>

<b>Subtotal :</b>	<b>\$200.320</b>
<b>Total :</b>	<b>\$200.320</b>
<b>Observaciones :</b>	

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)  
 Cirugía

### Plan de Tratamiento y Presupuesto N° 5753855

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

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

**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**