

DECRETO ALCALDICIO N° 001993

QUINTERO, 03 JUN. 2016

VISTOS:

1.- La solicitud de la Dirección de Desarrollo Comunitario, de fecha 19 de mayo de 2016, solicitando asistencia social para financiar la cantidad de \$ 55.000.-, como aporte económico para cubrir gastos de pasajes a favor de **JASMINA CONCEPCIÓN MONTEROS MORENO**, Cédula de Identidad [REDACTED] Quintero.

2.- Las atribuciones que me confieren la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipios.

DECRETO

1.- **AUTORÍCESE** a financiar la cantidad de \$ 55.000.-, como aporte económico para cubrir gastos de pasajes a favor de **JASMINA CONCEPCIÓN MONTEROS MORENO**, Cédula de [REDACTED].

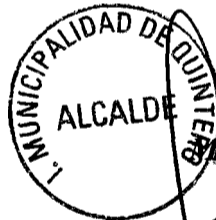
2.- **IMPUTASE** el presente gasto al Subtítulo 24 Ítem 01 Asignación 007 Sub Asignación 001, "Ayudas Sociales" del presupuesto Municipal Vigente.

3.- El cheque deberá ser extendido a nombre de "**JASMINA CONCEPCIÓN MONTEROS MORENO**", Cédula de Identidad [REDACTED] Quien deberá rendir documentalmente.

Anótese, comuníquese, cúmplase y archívese



YESMENA GUERRA SANTIBAÑEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



AURICIO CARRASCO PARDO
ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- 1.- Alcaldía
 - 2.- Administrador Municipal
 - 3.- Secretaría Municipal
 - 4.- Dirección de Administración y Finanzas
 - 5.- Control
 - 6.- DIDECO
 - 7.- Departamento Social
- MCP/YGS/MVA/ANF/dci



HOSPITAL DR. GUSTAVO GRICKE

CERTIFICADO

Macarena Allende González, Jefa de Oficina Informaciones, Reclamos y Sugerencias del Hospital Dr. G. Fricke de Viña del Mar perteneciente a la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, certifica:

Que, paciente Nicolás Martín González Monteros, **R.U.N 20.244.749-K**, ha asistido a nuestro establecimiento acompañado de su Madre D. Jasmina Concepción Monteros Moreno **R.U.N. 10.868.217-5** los días: 14.01.2016, 15.02.2016, 16.02.2016, 15.03.2016, 04.04.2016, 12.04.2016, 25.04.2016, 26.04.2016 y el día de hoy 28.04.2016.

Se extiende el presente certificado, para ser presentado para los fines que estime pertinentes.

Sin otro particular, saluda atentamente a ustedes.



Macarena Allende González
Macarena Allende González
Jefa Oficina de Oficina Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS)
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

Viña del Mar, 28 de Abril de 2016.

20.244 749 - K

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA
HOSPITAL DR. G. FRICKE

RECETAS PACIENTES CRÓNICOS

NOMBRE: Nuño González M.

RUT: 20244749-K

DIAGNÓSTICO: DM2 AUGE SI NO

PREVISIÓN: FONASA ISAPRE

PERIODO: 30 MESES

Rp.:

- Lantus solo
42 Ud. x 1

- Novorapid
flexpen
60 Ud. x 5



[Handwritten signature]

Firma Médico

Fecha: 4/4/16

539

Código
200-1599

Ministerio de Salud Pública Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			
Talonario de Recetas Crónicas			
Médico:	CARRASCO TRONCOSO RENATO		
R.U.T. Paciente:	20244749-K		
Paciente:	GONZALEZ MONTEROS NICOLAS		
Fecha:	24/5/2016		
	Cantidad	Unidad	Frecuencia
INSULINA ULTRA RAPIDA LAPIZ DESECHABLE	5,0		2/3
INSULINA LANTUS SOLOSTAR 3 ML (LAPIZ)	4,0		2/3



Firma Funcionario

PROGRAMA PACIENTES CRONICOS

<p>NOMBRE PACIENTE: <u>NICOLAS GONZALEZ</u> <u>MONTENOS</u></p> <p>FICHA: <u>93717</u></p> <p>DIAGNOSTICO: <u>D-11-10</u> <u>Put = 20 244.749-K. cap</u></p>	<p><u>SRA BELLA FIGUEROA E</u> ENFERMERA FIRMA MEDICO</p> <p>FECHA: <u>12/1/16</u> POSIBLE ENTREGA</p>	<p><u>[Firma]</u> Firma Paciente a la entrega</p> <p>FECHA: <u>13/1/16</u> DESPACHO</p>
<p>Rp. 125 CINTAS 125 LANCETAS</p>	<p><u>[Firma]</u> FIRMA MEDICO</p> <p>FECHA: <u>14/03/16</u> POSIBLE ENTREGA</p>	<p><u>[Firma]</u> Firma Paciente a la entrega</p> <p>FECHA: <u>15/02/16</u> DESPACHO</p>
<p>30 ABUJAS Quilómetros LUNES</p>	<p><u>[Firma]</u> FIRMA MEDICO</p> <p>FECHA: <u>22/4/16</u> POSIBLE ENTREGA</p>	<p><u>[Firma]</u> Firma Paciente a la entrega</p> <p>FECHA: <u>23/3/16</u> DESPACHO</p>
<p>MIÉRCOLES } 11-13" VIERNES } + Autocuidado</p>	<p><u>Francisca Paredes F.</u> Enfermera FIRMA MEDICO</p> <p>FECHA: <u>25/5/16</u> POSIBLE ENTREGA</p>	<p><u>[Firma]</u> Firma Paciente a la entrega</p> <p>FECHA: <u>25/04/16</u> DESPACHO</p>
<p><u>SRA BELLA FIGUEROA E</u> ENFERMERA</p>	<p>FIRMA MEDICO</p> <p>FECHA: _____ POSIBLE ENTREGA</p>	<p>Firma Paciente a la entrega</p> <p>FECHA: _____ DESPACHO</p>
<p>_____ NOMBRE MEDICO</p>	<p>FIRMA MEDICO</p> <p>FECHA: _____ POSIBLE ENTREGA</p>	<p>Firma Paciente a la entrega</p> <p>FECHA: _____ DESPACHO</p>