



DECRETO ALCALDICIO N° 874
AUTORIZA APORTE ASISTENCIAL QUE INDICA
REQUINOA,

01 ABR 2025

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

VISTOS :

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades. Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior, de 2.006.

Lo dispuesto en la ley N° 19.880, sobre procedimientos administrativos.

CONSIDERANDO :

El Memo N° 610 de fecha 31.03.2025 emanado de la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual informa situación de salud y económica que afecta a don Francisco Javier Pino Garay Rut [REDACTED] comuna de Requinoa, para quien se solicita aporte asistencial de \$ 200.000.- para costear Procedimiento dental de alto costo.

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N° 124 de fecha 26.03.2025.

El Decreto Alcaldicio N° 1525 de fecha 01.07.2020 que modifica Reglamento de Procedimiento, Entrega de Ayudas y Aportes Programa Asistencialidad (Reglamento de Asistencialidad).

El Decreto Alcaldicio N° 199 de fecha 17.01.2020 que aprueba Reglamento de Procedimiento, Entrega de Ayudas y Aportes Programa Asistencialidad (Reglamento de Asistencialidad).

El Decreto Alcaldicio N° 3845 de fecha 17.12.2024 que aprueba Presupuesto Municipal año 2025.

DECRETO :

AUTORIZASE aporte asistencial a nombre de Francisco Javier Pino Garay Rut [REDACTED]

GIRESE un monto total de \$ 200.000.- a nombre de Francisco Javier Pino Garay Rut [REDACTED] y **depositado en la cuenta Rut N° 7123917 Banco Estado.**

IMPUTESE el gasto a la cuenta N° 215.24.01.007.009.000 "Asistencia Social a Personas Naturales", del ítem "Otras Ayudas" Presupuesto Municipal Vigente.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.


LEYLA GONZALEZ ESPINOZA
SECRETARIO MUNICIPAL


WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE

WVM/LGE/CAB/TUS/KFM/kpm
DISTRIBUCION
Secretaría Municipal (1)
Dirección Des. Comunitario (1)
Dirección Adm. y Finanzas (1)
Archivo.- (1)



FOLIO	1863
FECHA	31/03/15
HORA	16:50

	FECHA	HORA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL		
SECRETARÍA MUNICIPAL		
SECPLA		
X DIDECO		
ADMINISTRACION Y FINANZAS		
DEPTO. PERSONAL		
DIRECCIÓN DE OBRAS		
DEPARTAMENTO DE TRÁNSITO		
RENTAS		
COMUNICACIONES		
CULTURA		
CONTROL		
JURÍDICO		
JUZGADO DE POLICIA LOCAL		
DAEM		
DEPTO. DE SALUD		
CONCEJO		
MEDIO AMBIENTE		
AUDITORIA INTERNA Y TRANSPARENCIA		
SECRETARIA ALCALDÍA		
O.I.R.S.		
SEGURIDAD PUBLICA		
JEFE DE GABINETE		

[Handwritten signature]
04-04-2015
11:19

Administrador Municipal
FECHA

Alcalde

MEMO: N° 610

MAT. : Solicita Aporte Asistencial

REQUINOA, 31.03.2025

**DE : SRA. THANNIA ULLOA SANCHEZ
DIDECO**

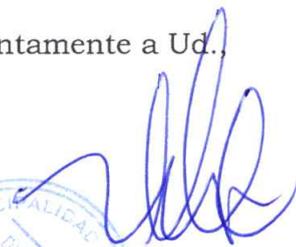
**A : SR. WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE**

1.- Tengo a bien informar a Ud. sobre situación socioeconómica, que afecta a don Francisco Javier Pino Garay Rut [REDACTED] comuna de Requinoa.

2.- Teniendo en cuenta la situación de salud y económica de referido, se solicita respetuosamente autorizar un aporte asistencial de \$200.000.- pesos, esto para costear Procedimiento dental de alto costo. El aporte debe salir a nombre de don Francisco Javier Pino Garay Rut [REDACTED] y depositado en la cuenta Rut N° 7123917 e imputado en la cuenta N° 215.24.01.007.009.000 "Asistencia Social a Personas Naturales" ítem otras ayudas"

3.- Se adjunta Informe Social N° 124, Certificado Disponibilidad N° 364, presupuesto y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,



**THANNIA ULLOA SANCHEZ
DIDECO**

TUS/KPM/kpm
DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.



CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° 364 / AÑO 2025

Requinoa, 27 de Marzo 2025

Mediante el presente, certifico que la I. Municipalidad de Requinoa cuenta con el presupuesto vigente aprobado por el Concejo Municipal en sesión extraordinaria N°01 de fecha 13 de Diciembre del 2024 según consta en certificado N° 12 y Decreto Alcaldicio N° 3845 del 17 de Diciembre del 2024; para el financiamiento de los bienes y/o servicios indicados en el Presupuesto Municipal año 2025.

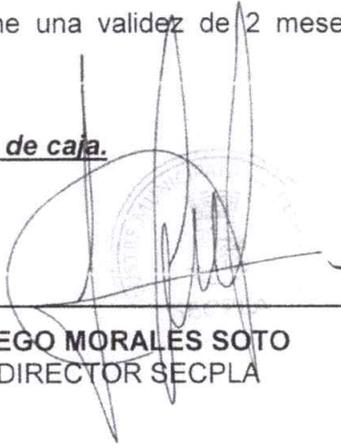
ÁREA GESTIÓN	PROGRAMAS SOCIALES
PROGRAMA	ASISTENCIALIDAD
CÓDIGO CUENTA	215-24-01-007-009-000
DESCRIPCIÓN	OTRAS AYUDAS
PRESUPUESTO VIGENTE 2025	\$ 98.128.000.-
OBLIGACIÓN	\$ 9.526.414.-
SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 88.601.586.-

MONTO SOLICITADO	\$ 200.000.-
NUEVO SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 88.401.586.-

Se extiende el presente certificado a solicitud del DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para entrega de apoyo económico a favor Francisco Pino Garay, para tratamiento dental de alto costo.-

El presente certificado tiene una validez de 2 meses desde su fecha de emisión.

Este certificado no acredita flujo de caja.



DIEGO MORALES SOTO
DIRECTOR SECPLA



Don Francisco refiere que le entrega una pensión alimenticia de palabra a la madre de su hija, de \$200.000.-, hace mención que no es por tribunales, comenta que la madre de su hija la diagnosticaron con cáncer, por lo que él también le entrega un aporte económico, no refiere el valor exacto de lo que le aporta ya que es variable el aporte que le entrega, también la acompaña a sus controles médicos siempre y cuando él pueda, ya que no puede manejar tramos muy largos por sus problemas a la cadera.

Referido hace dos años que trabaja de guardia de seguridad en frigorífico PRIZE, hace un año que se encuentra con licencia médica por su diagnóstico de coxartrosis severa izquierdo, por lo que menciona que los ingresos que percibe son de sus licencias médicas y de su pensión de vejez, se le hace mención que debe actualizar su RSH ya que se encuentra en porcentaje muy alto.

5.- ANTECEDENTES ECONÓMICOS

INGRESOS	MONTO	EGRESOS MENSUALES	MONTO
Pensión Garantizada universal	\$ 430.000	Alimentos	\$ 80.000
Pago de Licencia Médica	\$ 450.000	Energía Eléctrica CGE	\$ 39.800
		Agua Potable ESSBIO	\$ 12.000
		Gas	\$ 23.500
		Locomoción	\$ 60.000
		Salud	\$ 80.000
		Plan Móvil	\$ 17.000
		Arriendo	\$ 100.000
		Pensión de Alimentos	\$200.000
		Otros	\$100.000
Monto Total	\$ 880.000	Monto Total	\$ 712.300

En relación al cuadro aludido, se visualiza que referido con los ingresos que genera por conceptos de pensión de vejez y pago de licencias médicas no logra cubrir sus gastos mensuales.

SITUACIÓN VIVIENDA SI CORRESPONDE

Con respecto a la vivienda el referido reside de calidad de arrendatario, donde cancela un total de \$100.000.-.

La vivienda refiere que es tipo mediagua, está construida con madera reciclada, no se encuentra terminada en su totalidad, cuenta con dos dormitorios, de los cuales uno se encuentra habitable, un baño, cocina, living comedor.



El domicilio cuenta con servicios básicos de energía eléctrica (CGE), agua potable (APR) y pozo séptico.

SITUACIÓN DE SALUD SI CORRESPONDE

Referido comenta que mantiene patologías médicas como hipertensión arterial menciona que se encuentra en tratamiento y que se atiende en la Posta del sector del Abra, también mantiene problemas en su cadera, su diagnóstico es coxartrosis severa izquierdo ,no refiere desde hace cuánto tiempo ,pero si menciona que lleva bastante tiempo en la espera para su operación de cadera desde el HHR, refiere que por el programa GES GRD, FONASA le agilizaron sus trámites y se operará en la Clínica Red Salud Rancagua sin costo , y uno de los requisitos es realizarse un tratamiento dental de manera urgente para que se pueda realizar su cirugía Artroplastia total de cadera.

SOLICITUD

Se realiza informe socioeconómico según petición, con la finalidad de aportar antecedentes socioeconómicos y de salud de don Francisco Pino Garay, quien no cuenta con los recursos económicos suficientes para realizarse el tratamiento dental que es de manera urgente para poder efectuar cirugía de cadera, por lo que se solicita aporte de \$ 200.000.-

OPINION PROFESIONAL

De acuerdo a los antecedentes reportados y entrevista realizada el 19 de Marzo de 2025, se puede verificar que a la fecha el referido cuenta con diagnóstico de coxartrosis severa izquierdo, donde uno de los requerimientos para realizarse la operación de cadera es resalirse un tratamiento dental de urgencia, tiene un valor de \$204.000.-, por lo que don Francisco no cuenta con los recursos suficientes para costear dicho tratamiento, requiere realizarse su tratamiento dental y poder realizarse su operación a la cadera y con esto mejorar su calidad de vida.

Don francisco no contaba con realizar gastos extras ya que solo contaba con la entrega del apoyo económico que le está realizando a la madre de su hija que fue diagnosticada con cáncer.

Es por esto que quien suscribe, estima altamente justificable tomar en consideración los antecedentes ya expuestos, y en lo posible otorgar una resolución favorable para el individualizado realizando aporte económico, con la finalidad de que referido pueda costear su tratamiento dental.

Es todo cuanto puedo informar.



Lourdes G.

LOURDES GANA ROMÁN

ASISTENTE SOCIAL

I.MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

Se adjuntan documentos de respaldo.

Cirugía maxilofacial Boca completa Exodoncia diente 2.3 (PAB - 4UTD) #16472720,

Generado: 14 de Marzo de 2025, Impreso: 14 de Marzo de 2025

Dr(a). Edgard Ignacio Riquelme Medel, RUT 17309384-5

Especialidad: Cirugía maxilofacial

Paciente: FRANCISCO PINO GARAY, RUT 7123917-9, ID #13352183

Convenio: Fondo Nacional de Salud : FONASA TRADICIONAL DENTAL 60

Para Agendar tu inicio de tratamiento por Call Center llama al 600 718 6000 opción 3 e indica a ejecutivo que dispones los siguientes datos:
_____ minutos / _____ UTD. Además te solicitarán los datos que se encuentran en la zona superior de tu plan de tratamiento destacado en negrito

Prestación	Pieza(s)	Arancel	Dcto	Total
Sin sección		\$354.346		\$145.333
[Por realizar] [5001001] - Examen inicial. Plan de tto. y presupuesto		\$0	100%	\$0
[Por realizar] [5003043] - Extracción de Pieza a Colgajo	2.3	\$137.770	60%	\$55.108
[Por realizar] [6041916] - Insumo Tratamiento Dental	2.3	\$5.990	0%	\$5.990
[Por realizar] [5003037] - Odontosección	2.3	\$79.819	60%	\$31.928
[Por realizar] [5003016] - Osteotomía	2.3	\$70.002	60%	\$28.001
[Por realizar] [5003017] - Control de la especialidad (Cirugía)	2.3	\$60.765	60%	\$24.306
PABELLON DE MENOR COMPLEJIDAD (MENOS DE 1 HORA)		\$125.922		\$62.363
[Por realizar] [5108004] - Uso de Pabellón de Menor Complejidad	2.3	\$105.932	60%	\$42.373
[Por realizar] [6041918] - Insumo Pabellón Dental	2.3	\$19.990	0%	\$19.990

Resumen del presupuesto:

Total sin descuento:	\$480.268
Acciones Clínicas:	\$181.716
Otros:	\$25.980
Total con descuento:	\$207.696

Solicitudes de atención hacia especialidad

Especialidad	Fecha Solicitud
Cirugía maxilofacial	14 de Marzo de 2025

General Boca completa op + higiene #16462823, Generado: 11 de Marzo de 2025, Impreso: 11 de Marzo de 2025

Dr(a). **ANDRAS NICOLAS ROLIK DELGADO, RUT 18015444-2**

Especialidad: **General**

Paciente: **FRANCISCO PINO GARAY, RUT 7123917-9, ID #13352183**

Convenio: Confuturo : **CONFUTURO TRADICIONAL CON VERIFICACIÓN 60**

Para Agendar tu inicio de tratamiento por Call Center llama al 600 718 6000 opción 3 e indica a ejecutivo que dispones los siguientes datos:
_____ minutos / _____ UTD. Además te solicitarán los datos que se encuentran en la zona superior de tu plan de tratamiento destacado en negrito

Prestación	Pieza(s)	Arancel	Dcto	Total
insumos		\$5.990		\$5.990
[Por realizar] [6041916] - Insumo Tratamiento Dental	Sextante 1 Sextante 2 Sextante 3	\$5.990	0%	\$5.990
Limpieza 3 utd		\$121.062		\$48.426
[Por realizar] [5009006] - DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA POR SEXTANTE	Sextante 1	\$40.354	60%	\$16.142
[Por realizar] [5009006] - DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA POR SEXTANTE	Sextante 2	\$40.354	60%	\$16.142
[Por realizar] [5009006] - DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA POR SEXTANTE	Sextante 3	\$40.354	60%	\$16.142
Restauraciones 4 utd		\$237.544		\$95.018
[Por realizar] [5005017] - Composite Fotocurado Simple posterior	4.7:o	\$118.772	60%	\$47.509
[Por realizar] [5005017] - Composite Fotocurado Simple posterior	3.4:v	\$118.772	60%	\$47.509

Resumen del presupuesto:

Total sin descuento:	\$364.596
Acciones Clínicas:	\$143.444
Otros:	\$5.990
Total con descuento:	\$149.434

Firmas

Dr. Tratante _____

Paciente o Representante _____



**CLÍNICA DENTAL Y RADIOGRAFÍAS
REQUINOA**
Comercio 515
Teléfono +56962831758

Nuevo plan de tratamiento #4895, 14 de Marzo de 2025
Dr(a): **Diego Farias, RUT 19635157-4**
Especialidad: **General**
Paciente: **Francisco Javier Pino Garay, RUT 7123917-9**

Prestación	Pieza(s)	Total
[Por realizar] Destartraje Complejo Supragingival Y Limpieza Coronaria		\$44.000
[Por realizar] Restauraciones Compleja Resina (Clase II) Tres Caras	12:d,m,o	\$43.000
[Por realizar] Restauraciones Media Resina (Clase II) Dos Cara	11:d,o	\$39.000
[Por realizar] Restauraciones Media Resina (Clase II) Dos Cara	3:d,o	\$39.000
[Por realizar] Restauraciones Media Resina (Clase II) Dos Cara	20:m,o	\$39.000

Resumen del presupuesto:

Abonado:	\$204.000	Total:	\$204.000
Realizado:	\$0		
Saldo:	\$204.000		

Firmas

Dr. Diego Farias
19.635.157-4
CIRUJANO DENTISTA

Dr. Tratante

Paciente o Representante

Fecha: 11/03/23

Nombre Paciente: Francisco Pino Garay

Edad: _____ Rut: 7.123.917-9

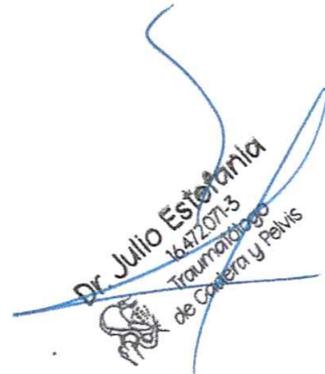
Domicilio: _____

Rp.

Odontología.

- Se solicita pase.
para artroplastia.
de Cadera

Gráfica As de Trabajo Ltda. - Av. Cachapual 1189 - R. 78 768 2707 - Fono 72 2239962 - Rgua


Dr. Julio Estefanía
16472073
Traumatólogo
de Cadera y Pelvis

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

"CUIDAR DE TU SALUD ES NUESTRA MOTIVACIÓN"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artroplastia total Cadera Izquierda

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR (No utilizar abreviaturas)

Nombre paciente o representante legal (1 nombre 2 apellidos) :

Francisco Javier Pino Joray .

RUT: 7123917-9.

FIRMA:

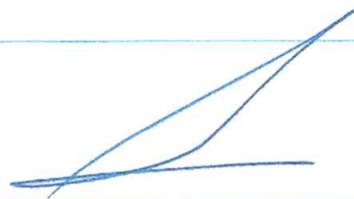


Nombre médico tratante (1 nombre 2 apellidos) :

Julio Estefanía de la Fuente.

RUT: 16472071-3

FIRMA:



Rancagua, 18 de 03 de 2020.

Fecha probable de cirugía: 02/04/25 12pm Fecha: 18/03/25

Orden Médica de Ingreso Quirúrgico

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: Javier Pino Gasey
 RUT: 7.63.917-9
 Edad: 70a

ANTECEDENTES CIRUGÍA

Diagnóstico de Ingreso: Coartosis Severa Izquierda
 Código Cx: 2104/29 Código Cx: _____
 Cirugía: Antroplastia total de Cadera Cirugía: _____
 Cirugía Oncológica Si* No
 Otros códigos: _____
 Otras cirugías: _____
 Alergias: Si* No Cuales: _____
 Insumos especiales: Si* No *(Completar al reverso)

VÍAS

Tradicional Endovascular Endoscópica
 Artroscópica Laparoscópica Técnica Láser

EVALUACIÓN RIESGO TROMBOEMBÓLICO

Riesgo trombótico Según Caprini Muy Bajo 0 puntos Bajo 1 a 2 puntos Moderado 3 a 4 puntos Alto Mayor o igual 5

BIOPSIAS

Biopsia Biopsia rápida

TIPO CIRUGÍA

Cx. Ambulatoria (NO PERNOCTA) Cx. Paquete Cx. PAD Cx. GES/CAEC Cx. ED
 Cx. Hospitalizado (PERNOCTA) Cx. Convencional Otros: **GESGRD**

DÍAS APROX. HOSPITALIZACIÓN

MQ UTI UCI

INSUMOS - PROVEEDOR - CANTIDAD

- Cotilo Rs }
- Nestago Anthology } Arenys-

Estimado paciente, para brindar una mejor atención contamos con un servicio de "Orientación al Paciente" que lo ayudará con:

- Agendamiento de consultas, exámenes y procedimientos.
- Elaboración de presupuestos.

Contactar a: Ejecutivas de presupuesto

Atención presencial en: Alameda 634, piso 1

Horario de atención: Lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs.

Teléfono de contacto: +569 5225 6272

Correo electrónico: presupuestos.rancagua@redsalud.cl

ESCALA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA CAPRINI

Seleccione los factores y haga la suma total al final por cada variable

1 punto (cada variable)	2 puntos (cada variable)	3 puntos (cada variable)	5 puntos (cada variable)
<input type="checkbox"/> Edad 41- 60 años <input type="checkbox"/> Cirugía menor <input type="checkbox"/> Cirugía mayor último mes <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/> Edema de piernas (actual) <input type="checkbox"/> IMC >25 <input type="checkbox"/> Infarto agudo al miocardio (<1 mes) <input type="checkbox"/> Falla cardíaca (<1 mes) <input type="checkbox"/> Sepsis (<1 mes) <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar grave, incluyendo neumonía (<1 mes) <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Reposo actual en cama (imposibilidad de caminar 30 pasos) Solo para mujeres: <input type="checkbox"/> Anticonceptivos o terapia hormonal de reemplazo <input type="checkbox"/> Embarazo o puerperio (<1 mes) <input type="checkbox"/> Historia de mortinato o mas de 3 abortos espontáneos, parto prematuro con toxemia del embarazo o RCIU Suma: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Edad 61- 74 años <input type="checkbox"/> Cirugía mayor abierta (>45 minutos) <input type="checkbox"/> Cirugía laparoscópica (>45 minutos) <input type="checkbox"/> Cirugía artroscópica <input type="checkbox"/> Cáncer (previo o actual) <input type="checkbox"/> Yeso inmovilizador último mes <input type="checkbox"/> Acceso venoso central <input type="checkbox"/> Confinamiento en cama (>72 horas) Suma: _____	<input type="checkbox"/> Edad ≥ 75 años <input type="checkbox"/> Antecedentes de TEP o TVP <input type="checkbox"/> Historia familiar de TEP o TVP <input type="checkbox"/> Factor V de Leiden positivo <input type="checkbox"/> Protrombina 20210a positivo <input type="checkbox"/> Homocisteína sérica elevada <input type="checkbox"/> Anticoagulante lúpico positivo <input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipina elevadas <input type="checkbox"/> Trombocitopenia inducida por heparina <input type="checkbox"/> Otro trombofilia congénita o adquirida Suma: _____	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (<1 mes) <input type="checkbox"/> Fractura de cadera, pelvis o pierna (<1 mes) <input type="checkbox"/> Lesión aguda de la médula espinal (parálisis) <input checked="" type="checkbox"/> Artroplastia mayor electiva de extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Politraumatismo (<1 mes) Suma: _____

Suma total: 7 puntos

Riesgo obtenido

- Riesgo Muy Bajo (0 puntos)
 Riesgo Bajo (1 a 2 puntos)
 Riesgo Moderado (3 a 4 puntos)
 Riesgo Alto (≥ 5 puntos)

Nombre del médico: Dr. Julio Estefanía

Fono: _____

RUT: 164720713

Firma: _____


 Dr. Julio Estefanía
 16472071-3
 Traumatólogo
 de Cadera y Pelvis



Receta Médica

Paciente:

Nombre: Francisco Javier Pino Garay **RUT:** 7123917-9 **Nacimiento:** 25/05/1954
Convenio: Sin convenio (Sin empresa) **Sexo:** Masculino **Edad:** 70 años, 9 meses
Dirección: sector el abra psje droguett 17, , requínoa

Paciente de alta odontológica, se realizan multiples restauraciones de resina compuesta, destartraje supra y subgingival, por lo tanto se eliminan todos los posibles focos infecciosos, se dan indicaciones y se da el pase para realizar intervención quirúrgica.

Dr(a). Diego Farias
General
19635157-4



COMPAÑÍA GENERAL DE ELECTRICIDAD S.A.
 RUT: 76.411.321-7
 GIRO: Distribución de energía eléctrica.
 CASA MATRIZ: Av. Presidente Riesco 5561, Piso 17,
 Las Condes.



R.U.T 76.411.321-7
BOLETA ELECTRÓNICA
 N° 434402174

S.I.I.-SANTIAGO ORIENTE

N° CLIENTE: **5670016**

Fecha de emisión: 12 Feb 2025

Sr.(a) Gladys Olivia Maturana
 Gonzalez .

Observaciones de reparto:
 LT A-5 17-E EL ABRA P P 283050

Dirección de envío: PA DROGUETT S/N
 LT / .7-E EL ABRA P/P 283050,
 REQUINOA

Ruta: G3008705-0424 | Var. Corresp.: RMAN

816489 / 024510 / 024510

¿Cuánto debo? **Total a pagar \$ 39.800**

Monto del período 11 ENE - 11 FEB

*Revisa el detalle de tu cuenta al reverso de esta página →

¿Hasta cuándo
 puedo pagar?

Fecha de Vencimiento 04 Mar 2025

(A partir de esta fecha se originarán intereses y se te
 cobrará un cargo adicional por pago fuera de plazo)

Suscríbete a la
 boleta electrónica
 escaneando este
 código QR



Cupón
 de pago

N° de cliente

Fecha de vencimiento

5670016

04 Mar 2025

Total a pagar \$ 39.800



04011045300040567001600000328009

Último Pago: el 30 Ene 2025 por un monto de \$ 37.100 vía Sencillito

FICHA DE PROVEEDORES

RUT	7.123.917-9
RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS	Francisco Jauer
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDOS	Pino Garay
NOMBRE DE FANTASIA (SOLO SI EXISTE)	—
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	—
CODIGO POSTAL	—
COMUNA	Requinoa
GIRO	—
TELEFONO FIJO	—
TELEFONO CELULAR	9.75478956.
PERSONA DE CONTACTO	Francisco Jauer Pino Garay
TELEFONO DE CONTACTO	9.75478956
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7.123.917
TIPO DE CUENTA (corriente, vista, rut, etc)	Rut
NOMBRE DEL BANCO	Banco estado.
CORREO ELECTRONICO	—
SITIO WEB	—
OTROS DATOS	—