



AUTORIZA APORTE ASISTENCIAL QUE INDICA

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 conductor emanado por la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual informa situación de salud y económica que afecta a Bernarda del Tránsito Espinoza Caro, Rut [REDACTED] a quien se solicita aporte asistencial de \$ 200.000.- para cubrir gastos en cirugía.

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N°191 de fecha 20.04.2026.

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° 3337 de fecha 15.12.2025 que aprueba Presupuesto Municipal año 2026.

DECRETO :

AUTORIZASE aporte asistencial a nombre de Bernarda del Tránsito Espinoza Caro, Rut [REDACTED]

GIRESE un monto total de \$200.000.- a nombre de Bernarda del Tránsito Espinoza Caro, Rut [REDACTED] y depositado en la cuenta [REDACTED]

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.

DISTRIBUCION

Secretaría Municipal
Dirección Des. Comunitario
Dirección Adm. y Finanzas
Archivo.-

MUNICIPALIDAD DE REQUINOA





MUNICIPALIDAD DE
REQUINOA

MAT. : Solicita Aporte Asistencial

**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 Bernarda del Tránsito Espinoza Caro, Rut [REDACTED] comuna de Requinoa.

2.- Teniendo en cuenta la situación de salud y económica de referida, se solicita respetuosamente autorizar un aporte asistencial de \$200.000.-, para costear cirugía. El aporte debe salir a nombre de Bernarda del Tránsito Espinoza Caro, Rut [REDACTED], y depositado en la [REDACTED] 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° 191, Certificado Disponibilidad N° 409, presupuesto y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,

TUS/KPM/kpm
DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.





CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° : 409 / 2026

NOMBRE DE LA ENTIDAD : I. MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

IDENTIFICADOR CODIFICADOR DEL ESTADO (ID): PE-MUN-00269

FECHA DE EMISIÓN: 16/04/2026

Quien suscribe certifica que se cuenta con recursos para financiar el (proyecto, iniciativa, programa, servicios o bienes) que indica, según el siguiente detalle:

Imputación presupuestaria	215-24-01-007-009-001 OTRAS AYUDAS – PROGRAMAS SOCIALES / ASISTENCIALIDAD
Año ejercicio presupuestario	2026
Monto total contemplado en el presupuesto \$	98.400.000.-
Monto comprometido a la fecha \$	14.710.785.-
Monto comprometido por el acto administrativo \$	200.000.-
Saldo final \$	83.489.215.-

Información adicional (opcional):

Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de apoyo económico a favor Bernarda Espinoza Caro para costear exámenes médicos.

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





Requínoa, Abril 20 de 2026

Informe Social N° 191

Jovita Espinoza Gutiérrez, Asistente Social de la I. Municipalidad de Requínoa tiene a bien informar situación socioeconómica a fin de Apoyo Social a favor de:

Identificación del fallecido (a)

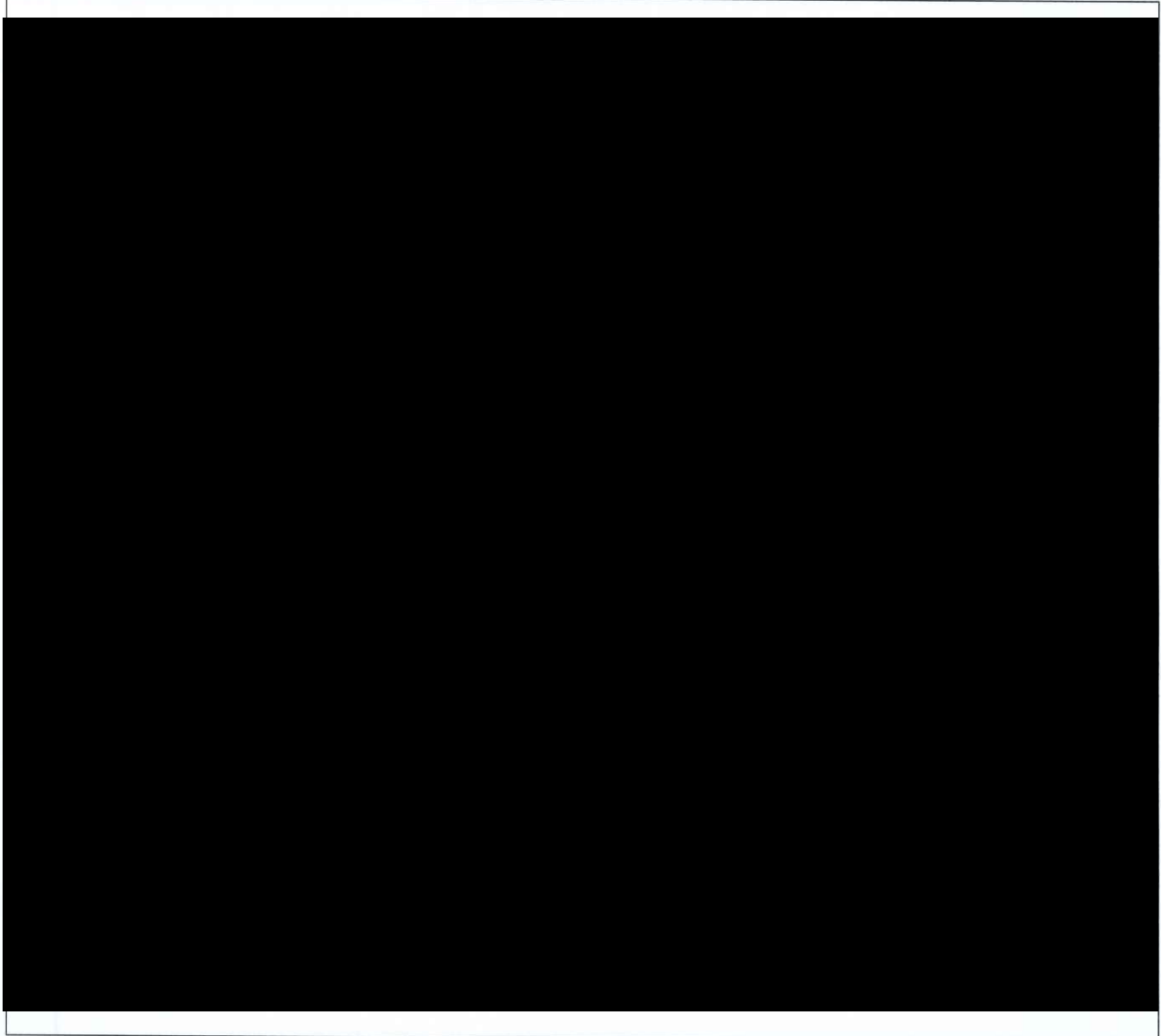
Nombre	Bernarda del Transito Espinoza Caro		
Cédula de Identidad	[REDACTED]		
Fecha Nacimiento	01-08-1962	Edad	[REDACTED]
Actividad	Labores del Hogar	Ingresos	\$ 80.000
Domicilio	[REDACTED]	Teléfono	[REDACTED]

Integrantes

Nombre	Rut	Parentesco	Ocupación	Ingresos

Antecedentes Habitacionales:

Situación Vivienda	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	N° de Habitaciones	<input type="checkbox"/>		
	Cedida <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>			N° Dormitorios	<input type="checkbox"/>
	Sucesión <input type="checkbox"/>				Hacinamiento	Sí <input type="checkbox"/>
Material de Construcción	Mixto <input checked="" type="checkbox"/>			No <input checked="" type="checkbox"/>		
	Sólido <input type="checkbox"/>					
	Ligero <input type="checkbox"/>					
Sistema de Eliminación de Excretas	Alcantarillado <input type="checkbox"/>	Agua Potable	Luz Eléctrica	Estado de Conservación		
	Pozo Negro <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Buena <input checked="" type="checkbox"/>		
	Fosa Séptica <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>		
	Otro <input type="checkbox"/>			Regular <input type="checkbox"/>		



Resolución a la petición




Jovita Espinoza Gutiérrez
Asistente Social
Municipalidad de Requinoa



CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APPELLIDOS
ESPINOZA
CARO

NOMBRES
BERNARDA DEL TRÁNSITO

NACIONALIDAD
CHILENA

SEXO
F


RUN



Nació en: **REQUÍNOA**

Profesión: **No informada**

33XSW - 381



Solicitud De Pabellón

Nombre Paciente: <u>Renato Gajardo</u>	Rut Paciente: _____
Edad Paciente: <u>63</u>	Fecha Nacimiento: _____
Previsión: _____	Contacto: _____
Código Cirugía: _____	Fecha Estimada Cirugía: ____/____/____
	Hora Estimada Cirugía: _____

Diagnostico: Polipo

Biopsia: Si NO Rápida

<p>Equipo Quirúrgico</p> <p>Primer ayudante: _____</p> <p>Segundo ayudante: _____</p> <p>Anestesista: _____</p> <p>Arsenalero: _____</p>	<p>Instrumental Quirúrgico</p> <p>Antecedentes: _____</p>
---	---

Cirugía o Procedimiento: Paquetes PAD Fonasa 2025

CÓDIGO	TRAZADOR	PRESTACIONES
2501026	2003023 / 2003024	<input checked="" type="checkbox"/>
2501062	1902045 / 2003022	<input type="checkbox"/>
2501034	2003010 + 2003002	<input type="checkbox"/>
2501034	2003010 + 2003005	<input type="checkbox"/>
2505948	2003001 / 2003031	<input type="checkbox"/>
2505949	2003001 / 2003031	<input type="checkbox"/>

Favor tener presente

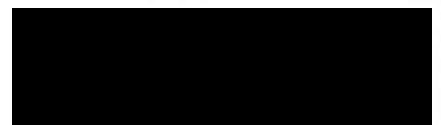
- 1.- El día del agendamiento con Enfermera pre quirúrgica, favor presentarse en piso 10, con 15 minutos de antelación a la hora asignada. Digitar su Rut en el tótem y digitar atención Enfermera. La atención es copago 0. Favor presentarse con su carpeta de exámenes.
- 2.- Enfermera la derivará con Anestesióloga piso 7, valor atención conforme a su previsión.
- 3.- Una vez que la Anestesióloga otorgue el pase quirúrgico. En el piso 10, favor digitar Caja FONASA para realizar el pago de la intervención. -
- 4.- Al momento del pago de la cirugía (que puede cancelar en efectivo, débito o tarjetas de crédito o pagos mixtos: una parte en efectivo, débito o tarjetas de créditos.) tiene que estar presente su aval, para la firma del pagaré. El pagaré, es un documento de resguardo de la clínica en caso que la cirugía se complejice.

5.- Requisitos del aval: Mayor de 18 años, presentar su cédula de identidad vigente.

- 6.- Pagaré lo retira después de 15 días hábiles de ser intervenida, en el piso 10.
- 7.- En caso de solicitud de cuenta paciente o documentos referidos para presentar en Aseguradora, después (haber sido intervenida) de 15 días hábiles, con Ejecutiva Daniela Parraguez solicita los documentos mencionados, en el piso 10.

Atenta a sus consultas.

Rosa Salas



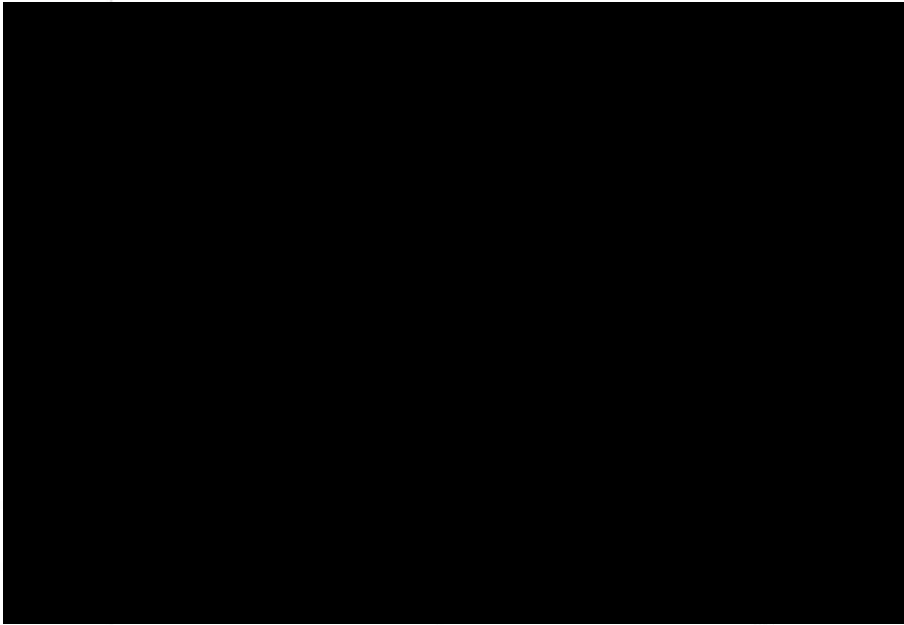
Correo: rosa.salas@cleversalud.cl

Paciente : ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSITO
Dirección [REDACTED]
Médico : JUAN PABLO POBLETE KLEIN
Previsión : FONDO NACIONAL DE SALUD

RUT/PASAPORTE [REDACTED]
F. Nac [REDACTED]
Fono [REDACTED]
Consulta : 18/11/2025
Cargo/Caja : 880554/1

Exámenes médicos

Tipo : Laboratorio Clínico



JUAN PABLO POBLETE KLEIN
[REDACTED]
GINECO - OBSTETRICIA

Cajero : CONSTANZA LEMAITRE QUIROZ (SECRETAR.. **Folio Caja** : 36957
Paciente : BERNARDA DEL TRANSITO ESPINOZA CARO **RUT / Pasaporte** : [REDACTED]
F. nacimiento : 01-08-1962 **Edad** : [REDACTED]
Sexo : FEMENINO **Teléfono** : [REDACTED]
Dirección : [REDACTED]
Empresa : SIN EMPRESA
Previsión : [REDACTED] **Convenio** : LIBRE ELECCIÓN
Fecha ingreso : 13-04-2026 08:57 **Fecha egreso** :
Médico : SIN PROFESIONAL. **Especialidad** : DESCONOCIDO
Rut Médico : 55.555.555-5 **Fecha y Hora de reserva** :

CLEVERSALUD LTDA.
RUT 78.230.230-2

DETALLE

SOCIEDAD: CLEVERSALUD

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	C. COSTO	CANT.	EXENTO	AFECTO	IVA	MONTO
--------	-------------	----------	-------	--------	--------	-----	-------

[REDACTED]							
------------	--	--	--	--	--	--	--

PAGOS

SOCIEDAD: CLEVERSALUD

USUARIO	FECHA	N° DOCUMENTO	PAGO	MONTO
CONSTANZA LEMAITRE QUIROZ (SECRETARI...	13-04-2026	[REDACTED]	BONO ELECTRÓNICO (IM.. EFECTIVO	\$ 66.840 \$ 45.950
CONSTANZA LEMAITRE QUIROZ (SECRETARI...	13-04-2026	[REDACTED]	BONO ELECTRÓNICO (IM.. EFECTIVO	\$ 29.440 \$ 20.230
CONSTANZA LEMAITRE QUIROZ (SECRETARI...	13-04-2026	[REDACTED]	BONO ELECTRÓNICO (IM.. EFECTIVO	\$ -

USUARIO	FECHA	N° DOCUMENTO	PAGO	MONTO
CONSTANZA LEMAITRE QUIROZ (SECRETARI...	13-04-2026		BONO ELECTRÓNICO (IM.. EFECTIVO	\$ 51.560 \$ 35.450

TOTAL PAGADO: \$ 170.890

SALDO: \$ 0

CLEVERSAUD LTDA.
RUT 78.230.230-2

Convenio: 4671 - CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

Fecha Emisión: 2025-11-18

Hora: 13:29:20

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

Afiliado(a): [REDACTED] BERNARDA DEL TRANSIT ESPINOZA CARO

Beneficiario(a): [REDACTED] ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT / Edad [REDACTED]

Nombre Social: -

Dirección: [REDACTED]

Plan Grupo: [REDACTED]

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0078230230-2 CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

PRESTACIÓN

		Valor	Bonificación Financiadador	Otra Bonificación*	Copago	
0404005	1	ECOGRAFIA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL	\$24.210	\$7570	\$0	\$16.640
		Totales	\$24.210	\$7570	\$0	\$16.640

A Pagar: \$ 16640

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor [REDACTED] | Derivado por: 00 [REDACTED] UAN PABLO POBLETE KLEIN

Firmado electrónica por ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT | Auditoria BONO-N1LJ-S8PY-TYFD

Convenio: 4671 - CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

Fecha Emisión: 2025-11-18

Hora: 13:29:20

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

Afiliado(a): 00 [REDACTED] BERNARDA DEL TRANSIT ESPINOZA CARO

Beneficiario(a): [REDACTED] ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT / Edad [REDACTED]

Nombre Social: -

Dirección: REQUINOA,LOTE B 5,LOS CASTAOS 39 0 SIN INFORMACION 0 SIN INFORMACION

Plan Grupo: [REDACTED]

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Instituci [REDACTED] CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

PRESTACIÓN

		Valor	Bonificación Financiadador	Otra Bonificación*	Copago	
0801001	1	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU Y SIMI-	\$11.180	\$3500	\$0	\$7680
		Totales	\$11.180	\$3500	\$0	\$7680

A Pagar: \$ 7680

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor [REDACTED] | Derivado por [REDACTED] JUAN PABLO POBLETE KLEIN

Firmado electrónica por ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT | Auditoria BONO-N1LJ-S8PY-TYFD

Convenio: 4671 - CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

Fecha Emisión: 2026-04-13

Hora: 09:00:17

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

Afiliado(a): BERNARDA DEL TRANSIT ESPINOZA CARO

Beneficiario(a) ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT

Nombre Social: -

Dirección:

Plan Grupo:

CLEVER SALUD LTDA.
RUT 78.230.230-2

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0078230230-2 CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiadore	Otra Bonificación*	Copago
0302023 1 CREATININA EN SANGRE	\$2190	\$690	\$0	\$1500
0302034 1 PERFIL LIPIDICO (INCLUYE:COLESTEROL TOTAL,HDL,LDL,VLDL Y TRI	\$10.210	\$3190	\$0	\$7020
0302075 1 PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMATIZADA DE 12	\$14.340	\$4480	\$0	\$9860
0302077 1 Vitamina B12 por inmunoensayo	\$12.450	\$3890	\$0	\$8560
0302078 1 25 OH Vitamina D Total por Inmunoensayo	\$27.650	\$8640	\$0	\$19.010
Totales	\$66.840	\$20.890	\$0	\$45.950

A Pagar: \$ 45950

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: | Derivado por: 0055555555-5 SIN PROFESIONAL .

Firmado electrónica por ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT | Auditoria BONO-N2LW-ST7Y-WPPJ

Convenio: 4671 - CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

Fecha Emisión: 2026-04-13

Hora: 09:00:17

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

Afiliado(a): BERNARDA DEL TRANSIT ESPINOZA CARO

Beneficiario(a) ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT /

Nombre Social: -

Dirección:

Plan Grupo:

CLEVER SALUD LTDA.
RUT 78.230.230-2

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0078230230-2 CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiadore	Otra Bonificación*	Copago
0303024 1 TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NINO O R.N.)	\$7420	\$2320	\$0	\$5100
0303026 1 TIROXINA LIBRE (T4L)	\$8540	\$2670	\$0	\$5870
0306169 1 ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	\$8880	\$2780	\$0	\$6100
0307011 1 VENOSA EN ADULTOS	\$1460	\$460	\$0	\$1000
0309022 1 ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023 Y 03-09-024)	\$3140	\$980	\$0	\$2160
Totales	\$29.440	\$9210	\$0	\$20.230

A Pagar: \$ 20230

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: 0018446770-4 | Derivado por: 0055555555-5 SIN PROFESIONAL .

Firmado electrónica por ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT | Auditoria BONO-N2LW-ST7Y-WPPJ

Convenio: 4671 - CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

Fecha Emisión: 2026-04-13

Hora: 09:00:17

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

Afiliado(a): 00 [REDACTED] NARDA DEL TRANSIT ESPINOZA CARO
Beneficiario(a) [REDACTED] ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT / Edad [REDACTED]
Nombre Social: -
Dirección: [REDACTED]
Plan Grup: [REDACTED]

CLEVER SALUD LTDA.
RUT 78.230.230-2

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0078230230-2 CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiadador	Otra Bonificación*	Copago
0301034 1 GRUPOS SANGUINEOS AB0 Y RHO (INCLUYE ESTUDIO DE FACTOR DU EN	\$4100	\$1280	\$0	\$2820
0301041 1 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	\$7420	\$2320	\$0	\$5100
0301045 1 Hemograma (incluye recuentos de leucocitos, eritrocitos, plaquetas, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)	\$5070	\$1590	\$0	\$3480
0301059 1 PROTOMBINA, TIEMPO DE O CONSUMO DE (INCLUYE INR, RELACION IN	\$2540	\$800	\$0	\$1740
0301085 1 TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TTPA, TTPK O SIMILARES)	\$3920	\$1230	\$0	\$2690
Totales	\$23.050	\$7220	\$0	\$15.830

A Pagar: \$ 15830

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: [REDACTED] | Derivado por: 0055555555-5 SIN PROFESIONAL .

Firmado electrónica por ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT | Auditoria BONO-N2LW-ST7Y-WPPJ

Convenio: 4671 - CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

Fecha Emisión: 2026-04-13

Hora: 09:00:17

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

Afiliado(a): [REDACTED] ERNARDA DEL TRANSIT ESPINOZA CARO
Beneficiario(a) [REDACTED] SPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT / Edad [REDACTED]
Nombre Social: -
Dirección: [REDACTED]
Plan Grupo: [REDACTED]

CLEVER SALUD LTDA.
RUT 78.230.230-2

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0078230230-2 CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiadador	Otra Bonificación*	Copago
0305170 3 ANTIGENO CA 125, CA 15-3 Y CA 19-9, C/U	\$46.470	\$14.520	\$0	\$31.950
0306042 1 V.D.R.L.	\$5090	\$1590	\$0	\$3500
Totales	\$51.560	\$16.110	\$0	\$35.450

A Pagar: \$ 35450

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emiso [REDACTED] | Derivado por: 0055555555-5 SIN PROFESIONAL .

Firmado electrónica por ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT | Auditoria BONO-N2LW-ST7Y-WPPJ

Convenio: 4671 - CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS
LIMITADA

Fecha Emisión: 2026-04-13

Hora: 11:05:33

VÁLIDO SÓLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)

Afiliado(a): BERNARDA DEL TRANSIT ESPINOZA CARO

Beneficiario(a): ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT / E

Nombre Social: -

Dirección:

Plan Gr

DATOS DE PRESTADOR

Profesional / Institución 0078230230-2 CLEVER GROUP SERVICIOS MEDICOS LIMITADA / Médico tratante: 0028713197-6 GASTON GOMEZ PEREYRA

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiadore	Otra Bonificación*	Copago
1701003 1 ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO	\$49.340	\$15.420	\$0	\$33.920
Totales	\$49.340	\$15.420	\$0	\$33.920

A Pagar: \$ 33920

Detalles otras bonificaciones*

MEDIOS DE PAGO**

Emisor: Derivado por: 0028713197-6 TEST DE ESFUERZO / GASTON GOMEZ

Firmado electrónica por ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSIT | Auditoría BONO-N1LW-T2JV-L7DJ

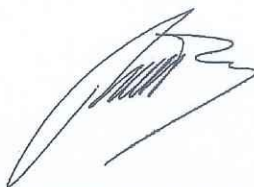
Paciente : ESPINOZA CARO BERNARDA DEL TRANSITO
Dirección : [REDACTED]
Médico : JUAN PABLO POBLETE KLEIN
Previsión : FONDO NACIONAL DE SALUD

RUT/PASAPORTE : [REDACTED]
F. Nac : [REDACTED]
Fono : [REDACTED]
Consulta : 18/11/2025
Cargo/Caja : 880554/1

Exámenes médicos

Tipo : Otros Exámenes / Proc.

1701003 - ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO



JUAN PABLO POBLETE KLEIN
[REDACTED]
GINECO - OBSTETRICIA

FICHA DE PROVEEDORES

RUT



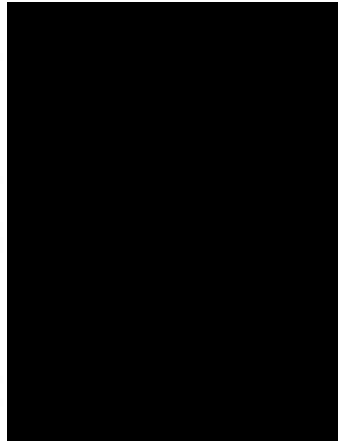
RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS

Bernarda del Transito Espinoza Caro

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDOS

NOMBRE DE FANTASIA (SOLO SI EXISTE)

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA



CODIGO POSTAL

COMUNA

GIRO

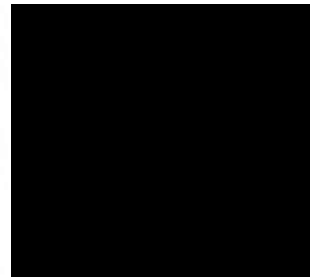
TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR

PERSONA DE CONTACTO

TELEFONO DE CONTACTO

NUMERO DE CUENTA BANCARIA



TIPO DE CUENTA (corriente, vista, rut, etc)

NOMBRE DEL BANCO

CORREO ELECTRONICO

SITIO WEB

OTROS DATOS