



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
 MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
 RUT: 69264700-9

OC

275

DIRECCIÓN: OROZIMBO BARBOSA 104 PARQUE LOS CASTAÑOS  
 FONDO: 2508100 FAX:2508138

jueves, 24 de agosto de 2017

SEÑORES	INMUNOMEDICA SALUD S.A.		
DIRECCION	00		
R.U.T	76702540-8	Fono 2466200	Fax N/T
CIUDAD	CHIGUAYANTE		
SOLICITADO	DIDECO	Autorizado	SONIA SALDIAS VASQUEZ
FINALIDAD	SERVICIO DE RADIOGRAFIA TORAX, OPI N° 3513, ASISTENCIA SOCIAL		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	BOD. DIDECO	DIREC.:CALLE COCHRANE 253, CHIGUAYANTE	
N.PEDIDO :	3513		

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1	1	RADIOGRAFIA TORAX BENEFICIARIO DANIEL SAEZ F.SS. N° 766-17	24.000,	24.000
CONDICIONES GENERALES				DESC.	
1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original				NETO	24.000
2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.				IVA	
				TOTAL	24.000

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA	24.000

I. MUNICIPALIDAD CHIGUAYANTE  
 UNIDAD DE ADQUISICIONES  
 30 AGO 2017  
 RECEPCION



SONIA SALDIAS VASQUEZ  
 DIRECTORA DE ADM. Y FINANZAS

LORENA PARDO CERNA  
 ENCARGADA DE ADQUISICIONES

\*\*\* INGRESO DE FACTURA POR OFICINA DE PARTES DE LUN. A VIERNES DE 8:30 A 14:00. DIRECCION OROZIMBO BARBOSA 104, CHIGUAYANTE.\*\*\*  
 \*\*\*EL MUNICIPIO NO SE HARÁ RESPONSABLE DE EXTRAVIO DE FACTURAS INGRESADAS EN OTRAS DEPENDENCIAS.\*\*\*



I. MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
DIRECCION DE ADMINISTRACION  
Y FINANZAS

Nº 003513

O.P.I.

DIRECCION DE DESARROLLO  
COMUNITARIO  
23 JUN 2017  
UPLA

FECHA : 21.08.17

DIRECCION : Video

CODIGO	CANTIDAD	ARTICULO
	01	Ectomografía hombro
	01	Ectomografía muñeca
		Beneficiaria Rosa Matamala
		F.S Nº 725-17 Cot. adjunta
	01	Rodiografía Torax
		Beneficiario Daniel Jaéz
		F.S Nº 766-17 Cot. adjunta



Nombre del programa: Asistencia Social

Decreto Alcaldicio Nº

Nombre encargado programa: Yohana Cruzada López

MATERIAL DESTINADO A:

Control Adquisiciones  
Fecha:  
Hora: 16:30



Correlativo Interno  
Nº

Director Responsable

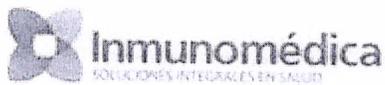
## Cynthia Boero Seguel

---

**De:** Rayos Concepcion <rayos.concepcion@inmunomedica.cl>  
**Enviado el:** viernes, 18 de agosto de 2017 13:21  
**Para:** cboero@chiguayante.cl  
**Asunto:** RE: Reitera solicitud

Estimada el valor particular de la radiografía solicitada es de \$24.000.-

Atte.



**Johanna Cifuentes Ruiz**  
Coordinadora Rayos y Mamografía

San Martín 820 piso 4 - Concepcion  
Teléfono (041) 2108245  
patricias@inmunomedica.cl

---

**De:** Cynthia Boero Seguel [mailto:cboero@chiguayante.cl]  
**Enviado el:** Viernes, 18 de Agosto de 2017 11:06  
**Para:** rayos.concepcion@inmunomedica.cl  
**Asunto:** Reitera solicitud

Estimada:

Junto con saludar, reitero solicitud de cotización de una radiografía Tórax AP/LAT para siguiente usuario:

Daniel Sáez Aravena 10.842.936-4, fecha de nacimiento 22.11.197.

Desde ya muchas gracias.

Atentamente,

Cynthia Boero Seguel

[Número de página]

¥6. ¥02. 540-8

# SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

N° Ficha Clínica 10.842.936-4  
Fecha 24/10/17

Nombre Daniel Saiz Asanza  
Edad 46a

Procedencia \_\_\_\_\_  
Sala \_\_\_\_\_ Cama N° \_\_\_\_\_

Examen Solicitado Rx tórax A.C.

Diagnóstico y síntomas principales Obn EPOC / Asma

Exámenes radiológicos anteriores practicados en este Servicio. SI  No

N° 17.215.475-1  
Luis Pineda

Nombre Médico Solicitante: Dr. \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

Día de Citación \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Examen efectuado por \_\_\_\_\_  
ensobrado por \_\_\_\_\_  
pendiente por \_\_\_\_\_

13 x 18	18 x 24	24 x 30	30 x 40	35 x 35	ABREU

NOTA: Adjunte a esta papeleta las radiografías que están en el Servicio.  
(Informe a la vuelta)

## CONTRASEÑA

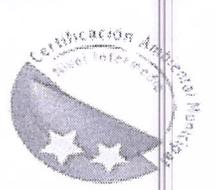
Nombre \_\_\_\_\_

Procedencia \_\_\_\_\_

Examen solicitado \_\_\_\_\_

Día de citación \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Indicaciones \_\_\_\_\_



Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 1034

Fecha: 23/08/2017

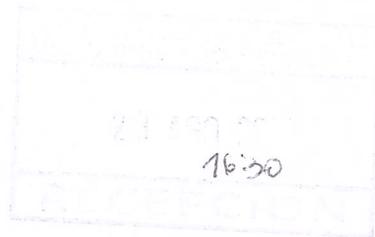
Glosa: exámenes medicos de muñeca, hombro y torax opi 3513

Rut/Nombre:

Preob./Oblig.:

Cuenta	Sub. Prog.	C. Costo	Total	Pre. Vigente	Obl. Acum.	Sal. Presup.	PreObligado	Sal.Dispon.
-----								
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA							
4	Programas Social	040100	76.000	108.010.204	69.277.576	38.732.628	33.578.424	5.154.204
TOTALES:			76.000					

EMITIDO POR Maraneda : Miguel Araneda



### Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 8 / 275

Fecha: 24/08/2017

Glosa: SERVICIO DE RADIOGRAFIA TORAX, OPI N° 3513, ASISTENCIA SOCIAL

Rut/Nombre: 76.702.540 - 8 / INMUNOMEDICA SALUD S.A.

Preob./Oblig.: 5 1034

Cuenta					
Sub. Prog.	C. Costo	Total	PreObligado	Obl. Acum.	Sal.PreObl.
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA				
4 Programas Sociales	040100	24.000	76.000	24.000	52.000
TOTALES:		24.000			

EMITIDO POR paulav : Maria Paula Valderrama

