

**NULO****INTE. LA REGION METROPOLITANA  
ORASMI  
ARCHIVO**Fecha **09 ABR. 2009**

N° 162

**RESPALDO**

Por medio del presente documento, esta Secretaría de Estado, viene en respaldar apoyo económico, hasta por un monto total de **\$339.158 (trescientos treinta y nueve mil ciento cincuenta y ocho pesos)**, como aporte para cancelar **TRATAMIENTO ONCOLOGICO NO APLICA O/C, AREA SALUD**, en favor de don **ERNESTO GONZALEZ LEIVA**.

Este aporte se imputará al presupuesto de la Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior, de su ítem 05-01-01-25-033-029, "Organización Regional de Acción Social del Ministerio del Interior" (ORASMI).

Para los fines de cancelación se deberá adjuntar fotocopia de esta Carta de Respaldo y facturar a nombre de Intendencia Región Metropolitana, R.U.T.:60.511.130-0, dirección Moneda esquina Morandé (s/n), especificando el nombre del beneficiario(a). La entrega de cheques se realiza los días jueves y viernes de 9.00 a 14.00 horas.

Este documento tendrá una vigencia máxima de 15 (quince) días desde su fecha de entrega, para fines de facturación y entrega del beneficio indicado.



**EVOLA LOPEZ LOPEZ**  
**JEFA DEPARTAMENTO DESARROLLO SOCIAL**  
**INTENDENCIA REGION METROPOLITANA DE SANTIAGO**

**SEÑORES  
HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO  
PRESENTE**

**PARA JULIO ALVAREZ**

**IDENTIFICACION DE LA SOLICITUD**

Nro Solicitud 441 Ingreso 06/04/2009 Año :2009  
 Institución INTENDENCIA - METROPOLITANA DE SANTIAGO

**IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO**

R.U.N. 19.804.391.5  
 Nombre KATTYA ESMERALDA ROJAS MORA  
 Sexo Femenino Fecha Nacimiento :23/05/1998 Edad:11 Años  
 Domicilio  
 Calle :CALLE  
 Nombre Calle :LAGUNA SALADA  
 Nro Calle :267  
 Villa-Hobl.  
 Comuna PUDAHUEL Teléfono :

**DETALLE DE LA SOLICITUD**

Documento ENTREVISTA Procedencia :SERVICIOS PUBLICOS  
 Detalle VISITA REALIZADA DE SR  
 Procedencia INDEPENDIENTE A FAMILIA AFECTADA Responsable :PAOLA LOPEZ LOPEZ  
 Observaciones :TRAUMA OCULAR SEVERO CON PERDIDA DE VISION DE OJO DERECHO  
 Fecha Acuso  
 Recibo

**PETICIONES**

Peticion ASISTENCIA SOCIAL Estado :APROBADO Monto 62.000  
 PASAJES Solicitado  
 Detalle :COPAGO PASAJES Fecha 06/04/2009 Monto 62.000  
 TRILISTRES SIN O/C. AREA ASISTENCIA Comprometido  
 SOCIAL  
 Tipo Documento :CHEQUE Nro Documento Fecha Documento  
 Destino/Proveedor :MANUEL ESPINDOLA Monto 62.000 Fecha Estado :06/04/2009  
 SANCHEZ Asignado  
 Doc. Aprobacion :RESOLUCION Nro. Doc. Aprobacion :483 Fecha Doc. Aprobacion :06/04/2009  
 F. Entrega C.A. Fecha Carta Aprob. Institucion Derivacion  
 Nombre Observaciones :  
 Institucion Estado  
 Derivacion  
 Motivo Archivo

Peticion :SALUD INSUMOS Estado :APROBADO Monto 78.000  
 QUIRURGICOS Solicitado  
 Detalle :COPAGO BONO Fecha 28/05/2009 Monto 78.000  
 FONASA, SIN O/C. AREA Comprometido  
 SALUD  
 Tipo Documento :CHEQUE Nro Documento Fecha Documento  
 Destino/Proveedor :FONDO NACIONAL DE Monto 78.000 Fecha Estado :28/05/2009  
 SALUD Asignado  
 Doc. Aprobacion :RESOLUCION Nro. Doc. Aprobacion :803 Fecha Doc. Aprobacion :01/06/2009  
 F. Entrega C.A. Fecha Carta Aprob. Institucion Derivacion  
 Nombre Observaciones :  
 Institucion Estado  
 Derivacion  
 Motivo Archivo