

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 Responsable :PAOLA LOPEZ LOPEZ
 Procedencia INDEPENDIENTE A FAMILIA AFECTADA
 Observaciones TRAUMA OCULAR SEVERO CON PERDIDA DE VISION DE OJO DERECHO
 Fecha Acuso
 Recibo

PETICIONES

Petición 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. Aprobación RESOLUCION Nro. Doc. Aprobación 483 Fecha Doc. Aprobación 06/04/2009
 F. Entrega C.A. Fecha Carta Aprob. Institución Derivación
 Nombre Observaciones
 Institución Estado
 Derivación
 Motivo Archivo

Petición 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. Aprobación RESOLUCION Nro. Doc. Aprobación 803 Fecha Doc. Aprobación 01/06/2009
 F. Entrega C.A. Fecha Carta Aprob. Institución Derivación
 Nombre Observaciones
 Institución Estado
 Derivación
 Motivo Archivo