



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N° 68
Pucón, 15/01/2010

Dirección de Administración y Finanzas
AREA MUNICIPAL

La Alcaldía ha decretado con esta fecha lo siguiente.

Vistos :

- 1.- El Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobados para el presente año.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades Aprobado por DFL N°1 2006 Interior.
- 3.- Decreto Exento N° 1405 emitido con fecha 17 de agosto del año 2009, que delega la función de Firma por orden de la Sra. Alcaldesa al Administrador Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración Y Finanzas, pagara a Don La cantidad de \$

: LILIAN M. FONSECA BARRA Rut 0...
: 183,395 CIENTO OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS
: AYUDA ASISTENCIAL BIENESTAR MUNICIPAL
: 15/01/2010

Por concepto de Fecha de Pago

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
DECRETO EXENTO	10	06/01/2010	183,395

Anótese comuníquese y Archívese.

Contabilícese el presente gasto a las cuentas Presupuestarias que se indican.

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
214-05-71-000-000-000	SERVICIO DE BIENESTAR MUNICIPAL	183,395	
111-02-02-000-000-000	BANCO BIENESTAR		183,395
114-05-00-000-000-000	Aplicación de Fondos en Administración 61316	183,395	
114-05-00-000-000-000	Aplicación de Fondos en Administración 61316		183,395
Sumas Iguales		366,790	366,790

REFRENDACION

Cuenta	214-05-71-000-000-000	114-05-00-000-000-000		
Presupuesto Vigente	0	0		
Total Comprometido	0	0		
Saldo x Comprometer	0	0		

SECRETARÍA MUNICIPAL

SECRETARÍA MUNICIPAL

DIRECCIÓN DE CONTROL

DIRECCIÓN DE CONTROL

ADMINISTRADOR

ADMINISTRADOR

DIREC. DE ADM. Y FINANZAS

6530994

Municipalidad de Pucón
DIRECCIÓN DE CONTROL
PUCÓN

Municipalidad de Pucón
DIRECCIÓN DE ADM. Y FINANZAS
PUCÓN



Avda. Bernardo O'Higgins 483 Pucón. Fono: (45) 293000

Fax: 293085 Email: pucon@munitel.cl

[Handwritten signature]

MUNICIPALIDAD DE PUCON
SERVICIO DE BIENESTAR

DECRETO EXENTO N° 010

PUCON, 06 ENE 2010

VISTOS :

1. La Ley N° 19.754 que autoriza a las Municipalidades para otorgar Prestaciones de Bienestar a sus Funcionarios.

2. .- El Decreto Exento N° 2.083 de fecha 25 de Noviembre de 2009, que Aprueba el Presupuesto para el año 2010.

3. El Reglamento de Beneficios del Servicio de Bienestar en su titulo "Beneficios Sociales" el punto n° 5, Enfermedades Catastróficas o Crónicas, se otorgará ayuda asistencial.

4. El Decreto Exento N° 1.223, que Aprueba la conformación del Comité de Bienestar de la Municipalidad de Pucón.

5. La solicitud de la funcionaria Lilian Fonseca Barra RUT 11.587.900 - 6 en la cual solicita ayuda asistencial.

6. Las atribuciones que me confiere la ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades", cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado, fue fijado por el DFL N° 1 del 2006, Interior.

DECRETO:

APRUEBASE, la siguiente ayuda asistencial a la funcionaria que se menciona:

- LILIAN FONSECA BARRA, RUT [REDACTED], Ayuda Asistencial por \$183.395.- (ciento ochenta y tres mil trescientos noventa y cinco pesos).

ARCHIVASE.

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y



[Signature]
GLADIELA MATUS PANGUILEF
SECRETARIA MUNICIPAL



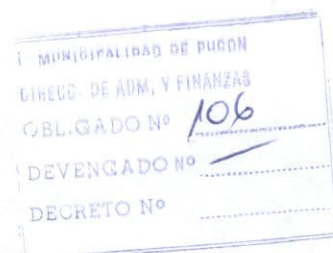
[Signature]
MARCELO CONCHA VILLAGRA
ALCALDE (SUB)

V B
CONTROL

MCV/GMP/PIH/daa.

DISTRIBUCION:

- Egresos
- Archivo Bienestar



MUNICIPALIDAD DE PUCON
SERVICIO DE BIENESTAR/

PUCON, 05 DE Enero DE 20 10

SOLICITUD DE AYUDA ASISTENCIAL

Señores
Servicio de Bienestar
Municipalidad de Pucón
Presente.

De mi consideración:

LILIAN MOROS FONSECA BARRA

(Nombre Completo)

Cédula de Identidad N° , Funcionario Municipal, perteneciente al departamento Troncos, en mi calidad de socio del Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Pucón, con el debido respeto viene en solicitar a Uds, se me conceda Ayuda Asistencial a fin de solventar gastos concernientes a Intervención Quirúrgica.

Sin otro particular y confiado en que esta solicitud tendrá una grata acogida y una favorable respuesta, de vuestra parte.

Saluda atentamente a usted.

Cédula de Identidad N°

Ayuda Asistencial correspondiente al valor de : \$ 183.395 - (5.0.T.M)

Comisión Evaluadora:

Javier Alborno G

5.0.T.M.

Cecilia Fernández F.

06/01/2010

S O L I C I T U D

DE: LILIAN MARIA FONSECA BARRA

**A : SEÑORES
SERVICIO BIENESTAR
PRESENTE**

Mediante el presente documento vengo en exponer lo siguiente:

Que, debido a una lesión en la mano izquierda mi hijo CLAUDIO A. VERGARA FONSECA de 14 años ha debido ser sometido a una intervención quirúrgica de alto costo para mi familia, cirugía que fue realizada por un Traumatólogo Infantil en la ciudad de Temuco con fecha 18/12/2009.

Por lo anteriormente expuesto debo cancelar una alta suma de dinero por Boletas de Honorarios Médicos considerando que el equipo medico no tiene convenio con mi Isapre, valor que asciende a la suma de \$ 395.000.-, quedando pendiente aún la Hospitalización e insumos médicos que de acuerdo a lo informado por la Clínica serían \$ 336.000.- a estos gastos debo agregar los reiterados viajes a la ciudad de Temuco para revisar la evolución de la cirugía y extracción de puntos por parte del especialista.

Considerando que tengo parte de los dinero para cubrir los gastos por Honorarios no cuento con la cantidad total de dinero que estaría costando la cirugía la cual asciende aproximadamente a 700.000.- (Setecientos mil pesos).-

Por lo anterior es que vengo en Solicitar a este Comité considerar analizar mi caso y poder ayudarme a costear parte de la cirugía, debido a que este evento ha sido algo totalmente fortuito por lo cual escapa al presupuesto familiar, intervención necesaria para la buena salud de mi hijo.

Sin otro particular y esperando una buena acogida, le saluda


LILIAN FONSECA BARRA
R.U.T. N° [REDACTED]



Alemana
CLÍNICA
TEMUCO

EPICRISIS

Ficha Clínica N° 66550

Nombre: Claudio Longoza Fernández Edad: 44 años

Fecha Ingreso: 18/12/04 Fecha Egreso: 19/12/2004

Diagnóstico (s) de Ingreso:

Lesión Serodogística De la
Aurea Izquierda por cuerpo
extraneo

Diagnóstico (s) de Egreso:

Ida

Resumen de evolución y tratamientos:

Extracción pinza, Bepico

COD.: 401204

IMPRESOS Ω OMEGA-JAC F/IF: 275577 TEMUCO

Indicaciones de alta:

- (1) Repro Reentido
- (2) Ceporex 500mg q 12horas
- (3) Profenol 100 mg q 12 horas
- (4) Comy 2/12/2004

Calle 84183723

D. Fernando Troncoso

Nombre y firma de Médico Tratante

PRESUPUESTO DE PROGRAMA MEDICO

Cotizante	: 11587900-8	FONSECA BARRA LILIAN MARIA	Fecha Recepción	: 16/12/2009
Paciente	: 19059175-1	VERGARA FONSECA CLAUDIO ANTONI	Fecha Resol.	: 16/12/2009
Folio Presupuesto	: 425230		Sucursal	: CLI. ALEMANA TEMUCO
Plan	: FA795C8000		Estado	: AUTORIZADO
			Fecha Ini. Vigencia	: 01/03/1999

Usted no posee preexistencias vigentes:

La cobertura informada quedará sujeta a la evaluación de eventuales preexistencias no declaradas, prestaciones estéticas u otras exclusiones del contrato de salud que tome conocimiento la ISAPRE con posterioridad a la elaboración del Presupuesto.

En caso de coincidir en la misma intervención procedimientos de carácter funcional y otros estéticos, se bonificará excluyendo los códigos asociados a lo estético.

Este presupuesto representa un valor referencial y sólo tendrá carácter vinculante para la Isapre, siempre que en él se consignen las mismas prestaciones que efectivamente se otorguen, no existan cambios de Plan de Salud o cambios de precios de los prestadores, así como cobros de "paquetes convenidos con el prestador" como cuentas abiertas.

En caso de tener Planes con copago fijo, debe considerarse copagos según las características de su Plan y no considerar los valores del presente documento.

Le solicitamos que una vez realizada la intervención al entregar el programa médico relacionado, adjunte los exámenes de laboratorio, radiología u otros asociados así como protocolo operatorio, biopsias, etc.

Medicamentos E Insumos Durante Una Hospitalización (28.01.800): 100% Tope: 4.59 UF
Medicamentos en Cirugías Ambulatorias (28.03.800): 80% Tope: 1.84 UF

Presupuesto HMQ, a través de Reembolsos

Prestador	7049208-3 INOSTROZA VALENZUELA FERNANDO	Dirección	
Convenio	SIN CONVENIO		
Especialidad			
Tratante	7049208-3 INOSTROZA VALENZUELA FERNANDO		

Prestación	Código	Item	\$ Prest
TUMORES O QUISTES O LESIONES	CIRUJA	2104026 101	260,000
TUMORES O QUISTES O LESIONES	ANESTE	2104026 106	100,000
TUMORES O QUISTES O LESIONES	ARSENA	2104026 107	35,000

Presupuesto Dia Cama, a través de Ordenes de Atención (Bono)

Prestador	96606750-0CLINICA ALEMANA DE TEMUCO S.A.	Dirección	SENADOR ESTEBANEZ 645
Convenio	CLINICA ALEMANA DE TEMUCO S.A.		
Especialidad	ESPECIALIDAD GENERICA CLINICA		
Tratante	96606750-0CLINICA ALEMANA DE TEMUCO S.A.		

CONDICIONES GENERALES:

- 1.- Este Presupuesto es estimativo y está sujeto a confirmación solo en el momento de su autorización.
- 2.- La Vigencia de este Presupuesto es de 15 días a contar de la fecha de resolución.
- 3.- Las coberturas informadas corresponden al Contrato de salud vigente y es válido solo para los prestadores y las prestaciones indicadas en el presente presupuesto.

(Indicación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional RES. EXENTA 2500)

VEURUR01/212812D717