




**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS AL PERSONAL
CLINICA ODONTOLOGICA**

Certifico que el (la) Paciente Aníbal Romero Benavides
Fue atendido en nuestro Servicio. Por un tratamiento odontológico.
Presupuesto 75186 monto \$ 97.700 y Presupuesto 74964
monto \$ 3.400 y fue dado de alta el día 27 de agosto.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado.


DRRICARDO SORIANO ZVAIGHAFT.
CIRUJANO DENTISTA
RUT: 12.263.873-1

Santiago, 2013



Clínica Universidad Católica
 Departamento de Beneficios al Personal
CLINICA ODONTOLOGICA

Página 1 de 1
 Fecha: 27-08-2013

Presupuesto Dental

Presupuesto N°: 75186 Especialidad : Endodoncia
 Señor(a) : Romero Benavides Anibal Rut : 9.855.791-1 N°Carga: 1
 Dirección : Calle del Capitolio 3075 Fono: -4887 Funcionario: Nestor Romero Viu
 Empresa : Universidad Católica

Detalle de Prestaciones

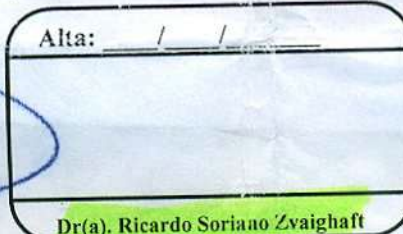
<u>Pieza</u>	<u>Tratamiento a Realizar</u>	<u>Unitario</u>	<u>Subtotal</u>	<u>Valor</u>
3	Endodoncia Molares			\$72.000
3	Radiografía retroalveolar sin informe			\$2.600
3	Radiografía retroalveolar sin informe			\$2.600
3	Obturación Composite Simple Posterior O/			\$20.500

Total Prestaciones \$97.700

Total Presupuesto \$97.700

Descuento en.....⁰⁴ cuotas, que se reajustarán con IPC sobre el saldo

x 
 Firma Funcionario

Alta: / /

 Dr(a). Ricardo Soriano Zvaighaft

Estoy Conforme Con Tratamiento
 Solicito Revision Contralor

 Firma Funcionario



Clínica Universidad Católica
Departamento de Beneficios al Personal
CLINICA ODONTOLOGICA

Página 1 de 1

Fecha: 21-08-2013

Presupuesto Dental

Presupuesto N°: 74964

Especialidad : Radiología

Señor(a) : Romero Benavides Anibal

Rut : 9.855.791-1

Dirección : Calle del Capitolio 3075

Fono: -4887

N°Carga: 1

Funcionario: Nestor Romero Viu

Empresa : Universidad Católica

Detalle de Prestaciones

Pieza	Tratamiento a Realizar	Unitario	Subtotal	Valor
3	Radiografía Retroalveolar			\$3.400

Total Prestaciones \$3.400


Total Presupuesto \$3.400

Descuento en..... cuotas, que se reajustarán con IFC sobre el saldo


Firma Funcionario

Alta: ___ / ___ / ___

Dr(a). Pedro Infante Arriagada

Estoy Conforme Con Tratamiento
 Solicito Revision Contralor

Firma Funcionario