



SINDICATO N° 5 PUC
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Santiago, 15 de Abril de 2014

SOLICITUD INTERNA PRÉSTAMO DE EMERGENCIA

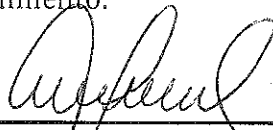
NOMBRES : Carlos Alberto
APELLIDOS : Vargas Alfaro
RUT : 14.620.128-8
UNIDAD : Escuela de Ingeniería
ANEXO : 4232 - 1186
MAIL : cvargas@ing.puc.cl
CAMPUS : San Joaquín

Vengo a solicitar a la directiva del sindicato N°5 PUC, el BENEFICIO PRÉSTAMO DE EMERGENCIA, MONTO \$ 250.000.-, el cuál me comprometo a devolver en **10 cuota(s)** de \$ 25.000.- mensuales. Autorizando al sindicato para que dichas cuotas sean descontadas por planilla.

El Motivo de la solicitud es para : Cancelar exámenes médicos de mi hija, (radiografías a los pies y resonancia magnética, ambas rodillas).

En caso de encontrarme con licencia o en su efecto con sueldo insoluto, me comprometo a guardar el dinero de la cuota, ya que el sistema de remuneraciones, de manera automática descontará los saldos adeudados.

A su vez, autorizo al sindicato a descontar EL SALDO de mi deuda desde mi indemnización o de mi último sueldo, en caso de término de contrato con la Universidad o a causa de mi fallecimiento.



FIRMA



Exámenes habituales resultados en 24 horas hábiles
 Información detallada en www.ucchristus.cl
 Valido para radiología y Laboratorio

HOSPITAL: 304 6686 Fecha: 2008045 Pagina: 1 de 1
 Rol: 11317921-K IS: 079011 15:16

Orden de Atención: SE RESPONDERA POR EXAMENES DE "RAYOS" PASADO 10 DIAS DE TOMADO ESTE
 Tipo Atención: AMBULATORIO Convenio: FONASA
 Tipo Paciente: PRIVADO Previsión: FONASA
 Tipo de Pago: FONASA Institución: FONDO NACIONAL
 Tipo de Pago: PAGO CON GARANTIA Fecha de Pago: 15/04/2014
 Procedencia: HOSPITAL L. Extracción: HOSPITAL
 Diagnóstico: CCC

Nombre: VARGAS MANAN PAOLA VALENTINA
 C.R.: 20242479-1 Ficha: 5
 Sexo: Femenino
 Dirección: LAS PAPAYAS 5391 Fono: 23544470 DF MA
 SANTIAGO MACUL
 Médico Tratante: MARTINEZ SOTO GINO

Código	Descripción	Restorno	Unidad	Cant.	U. Monetaria	M. Pagado
00000796M	RODILLA (AMBAS)	ERM		1	3	3
00000797M	RODILLA (UNA)	ERM		1	117,480	117,480
00000798M	RODILLA (UNA)	ERM		1	117,480	117,480
00001140X	ANTEBRAZO, CODO,	ERX		1	10,530	10,530
00001141X	ANTEBRAZO, CODO,	ERX		1	10,530	10,530
0000441RX	PROYECCION OBLICU	ERX		1	8,700	8,700
0000441RX	PROYECCION OBLICU	ERX		1	8,700	8,700
TOTAL					273,420	273,420

PAGO PROVISORIO
 Ud. dispone de 5 días hábiles
 para regularizar su respaldo.
 Lunes - Viernes 8.00 a 17.00 Hrs.

(Handwritten signature)

PODER SIMPLE

Autorizo a don _____ para que en mi nombre y representación retire de la dependencia que corresponda de la Red de Salud UC CHRISTUS el resultado de los exámenes a que se refiere la presente orden de atención, excepto exámenes confidenciales que la ley ordena entregar personalmente.

Firma del Cliente
 Fecha:

CLIENTE



SPITAL
 No 354 8686 Folio 23836045 Pagina 1 de 2
 15/04/14 15:16
 Receptorista 11317921-K
 Tipo Atención AMBULATORIO Convenio FONASA
 Tipo Paciente PRIVADO Prevision FONASA
 Forma de Pago FONASA Institucion FONDO NACIONAL DE SALUD
 Modo de Pago Pagado Fecha Pago 15/04/14 15:21
 Dependencia HOSPITAL L.Extracion HOSPITAL
 Diagnostico CCC
 Nombre VARGAS MANAN PAOLA VALENTINA
 Identificación 20242479-1 Ficha Cama
 Fecha Nacimiento 28/09/1999 Sexo Femenino
 Dirección Fono LAS PAPAYAS 5391 23544470 OF MA
 Médico Tratante MARTINEZ SOTO GINO

Código	Descripción	Código Fonasa	Cantidad	Tarifa	V.a Pagar
00879	RM RODILLA (AMBAS)	(0) Bono(s)	1		
00878	RM RODILLA (UNA)	0405013-00 (1) Bono(s)	1	276,000	117,480
00878	RM RODILLA (UNA)	0405013-00 (1) Bono(s)	1	276,000	117,480
00114	RX ANTEBRAZO, CODO, MANO, MUNECA, I	0401054-00 (1) Bono(s)	1	36,800	10,530 ⁷²⁴⁰
00114	RX ANTEBRAZO, CODO, MANO, MUNECA, I	0401054-00 (1) Bono(s)	1	36,800	10,530 ⁷²⁴⁰
00841	RX PROYECCION OBLICUA DE CUALQUIER	0401062-00 (1) Bono(s)	1	22,300	8,700 ⁵⁹⁸⁰

→ (20.460)



SPITAL
 No 354 8686 Folio 23836045 Pagina 15/04/14 de 15:16
 Receptorista 11317921-K
 Tipo Atención AMBULATORIO Convenio FONASA
 Tipo Paciente PRIVADO Prevision FONASA
 Forma de Pago FONASA Institucion FONDO NACIONAL DE SALUD
 Modo de Pago Pagado Fecha Pago 15/04/14 15:21
 Dependencia HOSPITAL L.Extracion HOSPITAL
 Diagnostico CCC
 Nombre VARGAS MANAN PAOLA VALENTINA
 Identificación 20242479-1 Ficha Cama
 Fecha Nacimiento 28/09/1999 Sexo Femenino
 Dirección Fono LAS PAPAYAS 5391 23544470 OF MA
 Médico Tratante MARTINEZ SOTO GINO

Código	Descripción	Código Fonasa	Cantidad	Tarifa	V.a Pagar
00841	RX PROYECCION OBLICUA DE CUALQUIER	0401062-00 (1) Bono(s)	1	22,300	8,700
TOTAL				869,800	273,420

ASEGURADO	RUT AFILIADO : 14620128-8	NOMBRE : CARLOS ALBERTO VARGAS ALFARO	GRUPO INGRESO: D
	DIRECCION PJE 3 N 3028 V. FROILAN		TELEFONO
	RUT PACIENTE : 20242479-1	NOMBRE : PAOLA VALENTINA VARGAS MANAN	EDAD: 14 SEX: F N°C: 0

ESTABLECIMIENTO	RUT ESTABLECIMIENTO : 81698900-0	GR.NIVEL: 3	NOMBRE : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
	FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO DESDE: 16-04-2014		HASTA: 16-04-2014 N° DIAS

PROF	NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE : MARTINEZ SOTO GINO ROLANDO
	R.U.T. PROFESIONAL : 12736850-3 GR.NIVEL: 3

DIAGNOSTICO:

NIVEL 1er. CIRUJANO: 3

RECARGO:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	COD. PRESTACION	% COBRO	RUT	ITEM	DESCRIPCION	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
					1	1er. CIRUJANO		
				2	ANEST.(MISMO 1er CIR.)			
				3	ANEST.(OTRO PROFES.)			
				4	2o. CIRUJANO			
				5	3er. CIRUJANO			
				6	4o. CIRUJANO			
				7	5o. CIRUJANO			
				8	PABELLON			
SUB TOTAL \$:								

OTRAS PRESTACIONES	NIVEL	CODIGO PRESTACION	CANTI-DAD	HORA-RIO	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
		3	0405013	2	N	RODILLA: ESTUDIO POR RE	81698900-0	234.960	234.960
SUB TOTAL \$:							234.960	234.960	117.480
TOTAL \$:							234.960	234.960	117.480

INFORMESE AL 600 360 3000

COBROS ADICIONALES	DIFERENCIA POR DIAS CAMA	\$
	DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLON	\$
	DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLINICOS	\$
	DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
	TOTAL	\$

DIFERENCIAS HONORARIOS	HONORARIOS (SOLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
	EQUIPO MEDICO	\$
	ARSENALERA	\$
	ANESTESISTA	\$
	MATRONA	\$
	PEDIATRA	\$
TOTAL		\$

FINANCIAMIENTO	COSTO TOTAL	\$	234.960
	APORTE FONDO NAC. DE SALUD	\$	117.480
	A PAGAR BENEFICIARIO	\$	117.480
	MONTO PRESTAMO	\$	0
	EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO	\$	117.480

EMISOR	RUT VALORIZADOR: 13839765-3	
	NOMBRE : JUANA ESPINOZA ESCOBAR	
	CODIGO SUCURSAL : 1318462	FECHA EMISION : 16-04-2014
	NOMBRE : SUCURSAL LA FLORIDA	

MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$: 0

MONTO DIRECTO A PAGAR ASEG. \$: 117.480

N° PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS: