

18.11.22 a las 18:31 hrs.

Buenas tardes, soy estudiante de cuarto año de Trabajo Social y escribo debido a que me encuentro con problemas médicos desde el día lunes de esta semana, por lo cual me he ausentado los últimos 3 días a la universidad. Por esto mismo es que no asistí a una de reunión de núcleo y a una presentación grupal del ramo de Teorías de Género, como no puedo asistir a la universidad estos días producto de la licencia hago envío de los documentos vía mail, adjunto la licencia del 21/11 al 23/11 y los exámenes que me realicé el día martes 20.

Saludos y gracias de antemano!

Catherine Bell-Ville Moncada
Trabajo Social

A quin corresponda :

El que suscribe Dr. Eralay M Milán Nicolarde RCM 38098-9

CERTIFICADO

Que la paciente Catherine Bell-Ville Forcada.

rut: 19209625-1 Edad: 21 Fue atendida en consulta de Vida Integral Maipú.

Al que se le prescribe reposo en su hogar durante 3 hrs. días

Diagnostico: Ambarzo, Acido
Cistitis Acida.

Observaciones: _____

El documento se extiende a petición del interesado y para que así conste se expide en Santiago a los 21 de Noviembre de 2018.

Atentamente

DR. ERLAY MILAN NICOLARDE
24.482.568-0 REG. SIS N° 445064
Medicina General Adulto
VIDA INTEGRAL MAIPÚ

firma y timbre del medico

Banmedica

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

290952722

Fecha Emisión : 20/11/2018 Hora : 11:18 Convenio : 15.040 Vida Integra (Maipu 2)
Afiliado : 13.062.339-5 RODRIGO LUCIANO BELL VILLE ALBPlan/Grupo Ingreso : TRD1213
Beneficiario : 19.209.625-1 BELL VILLE MONCADA CATHERINE Edad : 21 SEXO : F
DIRECCION :

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Aporte y/o S.Complem.	Copago del Beneficiario
0302075 PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMAT	N		1	7.557	5.290	0	2.267
0303017 INSULINA	N		1	4.598	3.219	0	1.379
0303024 TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO,	N		1	4.070	2.849	0	1.221
0309022 ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023	N		1	1.661	1.163	0	498
0306011 Urocultivo, recuento de colonias y antib	N		1	3.245	2.272	0	973
TOTALES				21.131	14.793	0	6.338

Euroamerica Deducible \$ 6888

: 0

Saldo copago del Beneficiario

: 6.338

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.617.350-5
DERIVADO POR : 24.389.464-6

Firma Beneficiario

Omesa S.A.
C

EMISOR : 19.699.378-9 HORA : 11:19

VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

Firma Profesional/Institución

