



**PROGRAMA DE SERVICIO DE SALUD  
(P.S.S.) - Nº:**

**Información Paciente**

NOMBRE	EDAD	SEXO	RUT	TELÉFONO
	2015			
DIRECCIÓN	PREVISIÓN	INSTITUCIÓN	CTA CTE	
				TOTAL PROGRAMA
				0

**ABONOS Y PAGOS**

FOLIO	FECHA	HORA	MONTO
1	30/11/2015	17:37	54000