





Emitir Licencia Ver lice	encias otorgadas	Anular Licencias	Nueva notificación	Buscar notificaciones	<u></u>	Macarena Albornoz	Ayuda Sa
nicio ► NEP - Nueva no	tificación				clinica Avansalud Provider	n <mark>cia -</mark> Clinica Avansalu	d Providenc
Prestador  Para crear una nueva notificación".  Tipo formulario		o el sistema NEP, sel	eccione el tipo de form Generar Nueva Notifi	ulario que desea realizar y presione	"Generar nueva	i-me	d
	Notificación GES Notificación GES Ta Notificación ENO	maño P ceta				Centro de Al Usuarios (Ca	
	Seli	luego presio					



El beneficiario está presente		Ziannan internation		-med
Previsión*	RUT*	Verificar	5	
Nombres*	Apellido paterno*	Apellido materno		
Carried State of the Control of the	cación de huella	Total Control	Ingres	ar datos y luego
Región*				ar botón Verificar
Teléfono fijo			presion	ai botoii veiilleai
	. 10.245 (70.0			
Dated del prootade	t : 12.345.678-9 it)a : APELLIDOS, NOMBRES			
RUT*	.,,			
Apellido paterno*	THE STREET OF STREET	стор		
Dirección calle*	nga el INDICE DERECHO en el LE	CIOR		
Información médic		244.00		
Etapa	colocar el dedo sobre el lector de hu cribo y otorgo un contrato privado po tuitamente para mí autorizo expresame	r el cual		
Patologia*	cripción, enrolamiento, transmisión y			
con	acenamiento de datos preexistentes de o en la de Autentia S.A., el tratamie os y/o la verificación de mi identida	nto de tales	Solicita	r huella de Beneficia
dio	os y/o la verillaction de militalita ha o dichas bases de datos ya almacen larando haber sido informado del prop	ados,	Solicita	i Hadila ac Deficilicia
ins	cripción, enrolamiento, transmisión y lacenamiento de tales datos y su posib			
Seleccione si ei p	unicación a terceros, conforme lo exi ículo 4º de la ley Nº 19.628.	ne el	of the	
Campos son obligatorios			ال <mark>الل</mark> اء فر	
compos son congatoros				



	á presente 🗹	1			i-med
Previsión*	▼	RUT*		VALUE OF THE STATE	
Nombres*		Apellido paterno*	Apellido m		
Domicilio*			Comuna*		
Región*		NEWSYNOES CONTRACTOR F		0.05894 T. JF	
Teléfono fijo		Teléfono celular	Correo ele	ectrónico	Llenar todos l
Información mo Etapa	édica — Confirmación diagnósti	ca 🔻			
		123			Presionar
Patología*					,
Patología*					Continual
Patología* Representante	do posiente				
Patología*					continuar



Atención: Se va a generar un documento usando la información que está registrada en este formulario  Nombres*  Domicilio*  Región*  Teléfono fijo  Para continuar debe firmar el documento con su huella digital  Datos del prestador  RUT*  Apellido paterno*  Apellido materno*  Número  Comuna*	l beneficiario está presente 🖳	Generar documento		i-med		
Nombres* Domicilio* Región* Región* Para continuar debe firmar el documento con su huella digital  Datos del prestador  Cancelar  Continuar  Apellido paterno*  Apellido materno*  Nombre beneficiario: NOMBRES, APELLIDOS RUT: 12.345.678-9 Patología: HIPERTENSIÓN  Cancelar  Continuar  Institución*	revisión* ▼	Atención: Se va a generar un docume formulario	nto usando la información que está registrada en e	este		
Datos del prestador  Cancelar  Continuar  Apellido paterno*  Apellido materno*  Institución*	omicilio*	RUT: 12:345:678-9	RUT : 12 345 678-9			
Apellido paterno*	eléfono fijo	Para continuar debe firmar el documer	ito con su huella digital			
Apellido paterno* Apellido materno* Institución*	atos del prestador ————————————————————————————————————		Cancelar Continuar			
	uT*	romero	H. A.			
Virección calle* Número Comuna*	pellido paterno*	Apellido materno*	Institución*			
	irección calle*	Número	Comuna*			



El beneficiario está presente	V	Generar documento				i-m
Previsión*		Atención: Se va a genera formulario	ar un documento usando la info	rmación que está	registrada en este	
Nombres*		Nombre beneficiario : NO	OMBRES, APELLIDOS			
Domicilio*		RUT : 12.345.678-9 Patología : HIPERTENS				
Región*						
Teléfono fijo		Para continuar debe firma	ar el documento con su huella d	igital		
Datos del prestador				Cancelar	Continuar	
RUT*	Verificació	on de huella				X
Apellido paterno*		CONTROL OF THE CONTRO				
Dirección calle*						
	Don't a 1	2 245 679 0				
Etapa Patologia*	Sr(it)a	2.345.678-9 : APELLIDOS, NOMB				
	Sr(it)a	: APELLIDOS, NOMB	RES CHO en el LECTOR			
Etapa Patologia*	Sr(it)a — Pong	: APELLIDOS, NOMB				
Etapa Patologia*  Representante de paciel	Sr(it)a Pong	: APELLIDOS, NOMB	CHO en el LECTOR			
Etapa Patología*	Pong	a el INDICE DEREC	CHO en el LECTOR			
Etapa Patologia*  Representante de paciel	Pong  Al col suscri gratui inscri almace	a el INDICE DEREC	1 lector de huellato privado cua rizo evano y tente la tentes de I-Med S	3.A.,		
Etapa Patologia*  Representante de pacier  Seleccione si el paciente	Pong  Al col suscri gratui inscri almace como e	ocar el dedo sobre el bo y otorgo un contratamente para mi autor pción, enrolamiento, namiento de datos no la de Auter y/o la de data	l lector de huela ato privado rizo exente la tizo exente de I-Med s el tratamiento de t de mi identidad contra tos va almacenados.	il.		
Representante de pacier  Seleccione si el paciente  (*) Campos son obligatorios	Pong  Al col suscri gratui inscri almace como e	ocar el dedo sobre el bo y otorgo un contratamente para mi autor pción, enrolamiento y la de data son la de Autornolamiento de data son la de data son la de Autornolamiento de data son la del data son la	l lector de huela ato privado rizo en con y centes de I-Med s el tratamiento de t de mi identidad contra tos ya almacenados, rmado del propósito de	il.		
Representante de pacier  Seleccione si el paciente  (*) Campos son obligatorios	Pong  Al col suscri gratui inscri almace como e	ocar el dedo sobre el bo y otorgo un contra tamente para mi autor pción, enrolamiento, namiento de datos na de Auter y/o la sido informaniento de tales dariación a terceros. co	l lector de huellato privado rizo evicante la cua rizo evicante la centes de I-Med Side mi dentidad contra tos ya almacenados, rmado del propósito de transmisión y tos y su posible onforme lo exige el	il.		
Representante de pacier  Seleccione si el paciente  (*) Campos son obligatorios	Pong  Al col suscri gratui inscri almace como e	ocar el dedo sobre el bo y otorgo un contratamente para mi autor perion, enrolamiento, namiento de datos el de dato sido infor enrolamiento, de miento de tales da umiento de umie	l lector de huellato privado rizo evicante la cua rizo evicante la centes de I-Med Side mi dentidad contra tos ya almacenados, rmado del propósito de transmisión y tos y su posible onforme lo exige el	il.	m, ,m	
Representante de pacier  Seleccione si el paciente  (*) Campos son obligatorios	Pong  Al col suscri gratui inscri almace como e	ocar el dedo sobre el bo y otorgo un contra tamente para mi autor pción, enrolamiento, namiento de datos na de Auter y/o la sido informaniento de tales dariación a terceros. co	l lector de huellato privado rizo evicante la cua rizo evicante la centes de I-Med Side mi dentidad contra tos ya almacenados, rmado del propósito de transmisión y tos y su posible onforme lo exige el	il.		



El beneficiario está pres	sente 🔽	Generar documento				i-me	d I	
Previsión*		Atención: Se va a generar un documento formulario	usando la informació	n que está registrada ei	n este			
Nombres*  Domicilio*  Región*		Nombre beneficiario : NOMBRES, APE RUT : 12.345.678-9 Patología : HIPERTENSIÓN	LLIDOS					
Teléfono fijo		Para continuar debe firmar el documento	on su huella digital					
Datos del prestador	2		Ca	ancelar Continua	ar			
RUT*	Verificación	n de huella			×			
Apellido paterno*								
Información médica Etapa Patología*	Sr(it)a:	: 345.678-9 : APELLIDOS, NOMBRES	LECTOR					
Etapa	Sr(it)a :		LECTOR					
Patología*	Ponga	apertugion of autorizo privado	huellas por el cual mente la					
Patología*  Representante de pa	Ponga  aciente  Al colo suscrib gratuit inscrip almacen como en datos y dicha o declara inscrip almacen comunic	car el dedo sobre el lector de o y otorgo un contrato privado amente para mi autorizo expresación, enrolamiento, transmisión amiento de datos preexistentes la de Autentia S.A., el tratam doichas bases de datos ya almacindo haber sido informado del protón, enrolamiento, transmisión amiento de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo e ación el organismisto de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio ación el organismo de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio de tales datos y su pos ación a terceros, conforme lo escribio de la conformación de la conformac	huellas por el cual mente la ly de I-Med S.A., iento de tales dad contra enados, opósito de la ly ible			Solicit	ar huella	de Benefic
Patología*  Representante de pa	Ponga  aciente  Al colo suscrib gratuit inscrip almacen como en datos y dicha o declara inscrip almacen comunic	car el dedo sobre el lector de o y otorgo un contrato privado amente para mi autorizo expresa ción, enrolamiento, transmisión amiento de datos preexistentes la de Autentia S.A., el tratar /o la verificación de mi identi dichas bases de datos ya alma ando haber sido informado del proción, enrolamiento, transmisión memento de tales datos y su pos	huellas por el cual mente la ly de I-Med S.A., iento de tales dad contra enados, opósito de la ly ible		, <u></u>	Solicit	ar huella	de Benefic



A continuación se mu	estra el documento generado a partir de la	información	enviada		i-me
Firman el documer	nto				
RUT	Nombre		RUT	Nombre	
<b>√</b> 12.345.678-9	NOMBRES Y APELLIDOS	4	12,345.678-9	NOMBRES Y APELLIDOS	
	Haz click	acá para im	primir el documento		
Este documento toda presione en el botón	vía está en condiciones de ser anulado. Pa		primir el documento	Cerrar	



# **ANULACIÓN NEP**





RUT	Nombre	RUT	Nombre	
12.345.678-9	NOMBRES Y APELLIDOS	<b>√</b> 12.345.678-9	NOMBRES Y APELLIDOS	i
resione en el botón	correspondiente.		Anular Cerrar	



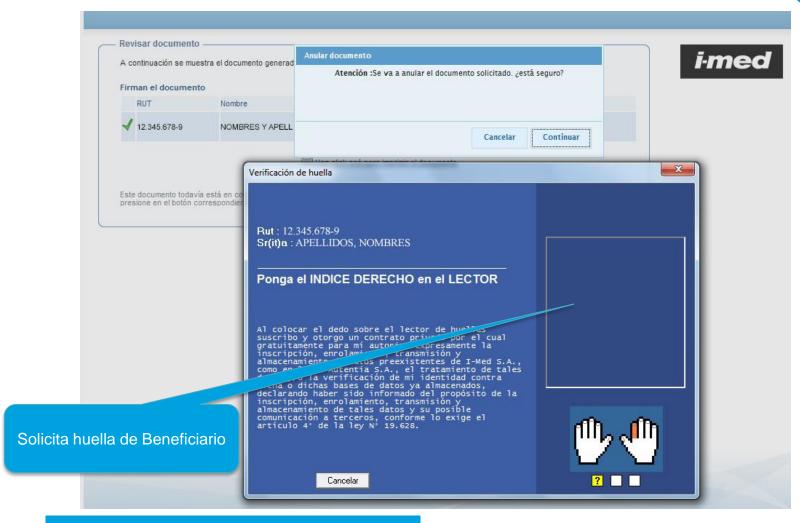


A continuación se mu	estra el documento generad	Anular documento i-med
		Atención :Se va a anular el documento solicitado. ¿está seguro?
irman el documen	to	
RUT	Nombre	
12.345.678-9	NOMBRES Y APELL	Cancelar Continuar
	vía actá an condicionac da cas	Haz click acá para imprimir el documento r anulado. Para anularlo  Anular  Cerrar
Este documento todav presione en el botón c		Color.
		Cortae
		Certai
		Contac











Firman el document	0				i-me
RUT	Nombre		RUT	Nombre	
<b>1</b> 2.345.678-9	NOMBRES Y APELLIDOS	1	12.345.678-9	NOMBRES Y APELLIDOS	
	a está en condiciones de ser anulado. Pa	ra anulario	Cerra		
Este documento todaví presione en el botón co		ra anulario	Cerra	r	



# **BÚSQUEDA NEP**





Emitir Licencia Ver licencias otorgadas Anular Licencias Nueva notificación Buscar notificaciones Inicio ► NEP - Buscar notificaciones

En el menú superior, haga click en "Buscar notificaciones"



RUT Médico	12.345.678-9	RUT Beneficiario	12.345.678-9	i-med
Fecha creación des	sde 2014-02-01	Fecha creación hasta	2014-02-10	
Tipo documento	Notificación GES	Estado	Firmado 💌	
			Buscar	
			Cosco	
		Ingrese lo	os datos y	

Búsqueda NEP



Fecha creación de	esde 2014-02-01						
				2014-02-12			i-med
Tipo documento	Notificación GES	•	Estado	Firmado 💌			
				Buscar	1		
Tipo	RUT beneficiario	No	mbre beneficiario		Fecha Notificación	Ver	
GESNOTIF 12		NOMBRES Y APELLIDOS	S		2014-02-10 12:07:06	ver	
« Previo Siguiente	3						

Búsqueda NEP

