

REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECCIÓN MUNICIPAL

Alto Hospicio, 07 de agosto de 2023.-
DECRETO ALC. N° 5.602.-

VISTOS Y CONSIDERANDO: La Constitución Política de la República de Chile; Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, Artículo N°4, letra c), en cuya conformidad los municipios pueden desarrollar funciones de asistencia social y jurídica, las que deben entenderse como aquellas destinadas a procurar medios para paliar dificultades de las personas que carecen de elementos fundamentales para subsistir, que se encuentren en estado de indigencia o de necesidad manifiesta; Que, la Jurisprudencia Administrativa de la Contraloría General de La República ha entendido "por estado de indigencia" la carencia absoluta de medios de subsistencia, un estado permanente de escases de recursos. Mientras que ha señalado el Órgano Contralor que "necesidad manifiesta" es la carencia relativa e inmediata de los medios para subsistir, un estado transitorio, en que, si bien el individuo dispone de los medios para subsistir, estos resultan escasos frente a un imperativo; Que, conforme a los Dictámenes de la Contraloría General de La República N°17.548 del año 2004, N°46.748 del año 2005, N°18.524 del año 2006 y N°19.892 del año 2007, corresponde al municipio determinar, en el marco de un "estado de indigencia" o "necesidad manifiesta", en qué circunstancias específicas, en base a métodos, sistemas y procedimientos objetivos y de aplicación general-que resguarden la igualdad de los beneficiarios, evitando discriminaciones arbitrarias- procedería proporcionar los aportes en dinero a personas naturales; **Informe Social** de fecha 26 de julio de 2023, de doña **Maritza del Pilar Ortiz Páez**, que solicita un aporte de dinero equivalente a \$150.000; **Informe Social** de fecha 28 de julio de 2023, de doña **Lorena del Carmen Acuña Salinas**, que solicita un aporte de dinero de \$250.000; **Informe Social** de fecha 27 de julio de 2023, de don **Mario Orlando Muñoz Pérez**; Memorando N° 3.108, de fecha 28 de julio de 2023, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que contiene el correspondiente **Visto Bueno del Alcalde** de Alto Hospicio, y **Visto Bueno de la Dirección de Administración y Finanzas**; Que, atendida las consideraciones precedentes y los medios idóneos de que dispone ésta Administración **se concluye** resulta procedente que el municipio entregue la ayuda económica de que se trata.

DECRETO:

- 1.- Otórguese a doña **Maritza del Pilar Ortiz Páez**, la suma de **\$150.000.- (Ciento cincuenta mil pesos)**, por concepto de ayuda social. Gírese el correspondiente cheque por la Dirección de Administración y Finanzas, a nombre de doña **María del Pilar Zagal Chávez**, Directivo Grado 5º EMS.
- 2.- Otórguese a doña **Lorena del Carmen Acuña Salinas**, la suma de **\$250.000.- (Doscientos cincuenta mil pesos)**, por concepto de ayuda social. Gírese el correspondiente cheque por la Dirección de Administración y Finanzas, a nombre de doña **María del Pilar Zagal Chávez**, Directivo Grado 5º EMS.
- 3.- Otórguese a don **Mario Orlando Muñoz Perez**, la suma **\$300.000.- (Trescientos mil pesos)**, por concepto de ayuda social. Gírese el correspondiente cheque por la Dirección de Administración y Finanzas, a nombre de doña **María del Pilar Zagal Chávez**, Directivo Grado 5º EMS.
- 4.- La Dirección de Administración y Finanzas deberá imputar los gastos que de ello deriven, con cargo a la cuenta **N° 114.03.04 Ayudas Sociales**.
- 5.- Encárguese a la Dirección de Administración y Finanzas en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario, el fiel cumplimiento de esta ayuda, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras que ejerza la Dirección de Control en la aprobación de la rendición de cuenta.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Fdo. Don Patricio Elías Ferreira Rivera, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza don **Abel Fernando Carvajal Ayala**, Secretario Municipal (S). Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-

ABEL FERNANDO CARVAJAL AYALA
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

JVD/ipm
Distribución:

- Adm. y Finanzas
- Dideco
- Dir. Control
- Sec. Municipal



MEMORANDUM N.º 3108/2023
Alto Hospicio, 28 de julio de 2023

**PARA: SR. PATRICIO FERREIRA RIVERA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**

**CC : SR. JOSE VALENZUELA DIAZ
SECRETARIO MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**

**DE : SRA. MARÍA DEL PILAR ZAGAL CHAVEZ
DIRECTORA DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**



D.A. N.º	5602.
FECHA	07/08
SECRETARÍA MUNICIPAL	

Junto con saludar cordialmente y mediante el presente, solicito a usted su VºBº para realizar decreto alcaldicio correspondiente al siguiente Caso Social:

- **Sra. Maritza Del Pilar Ortiz Páez**, por un monto de **\$150.000**, para costear gastos relacionados a la compra de exámenes médicos.
- **Sra. Lorena Del Carmen Acuña Salinas**, por un monto de **\$250.000**, para costear gastos relacionados a la compra de suplemento alimenticio.
- **Sr. Mario Orlando Muñoz Pérez**, por un monto de **\$300.000**, para costear gastos relacionados a la compra de medicamentos.

Agradeceré emitir cheque a nombre de María Del Pilar Zagal Chávez,

Rut 10.918.031-9

Este gasto debe ser imputado a la Cuenta Municipal N.º 114.03.04 Ayudas Sociales

*ver ppto
31/7/23*

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.


MARIA DEL PILAR ZAGAL CHAVEZ
DIRECTORA
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO	
<input type="checkbox"/> RENTAS	<input type="checkbox"/> INSPECCIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> PERSONAL	<input checked="" type="checkbox"/> PRESUPUESTO
<input type="checkbox"/> TESORERIA	<input type="checkbox"/> CHILECOMPRAS
<input type="checkbox"/> CONTABILIDAD	<input type="checkbox"/> BIENES MUNICIPALES
<input type="checkbox"/> CONTROL INTERNO	<input type="checkbox"/> PROGRAMAS
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	

Distribución:

- Alcaldía.
- Dideco.

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA
ÁREA MUNICIPAL

Fecha 31.07.2023 Hora 17:29

Nº CTA 215. 24.01.007

Saldo Superior \$ -143.576.154

Saldo Inicial \$ 700.000

Saldo Final \$ -144.276.154





Resumen Caso Social

Nombre del/la solicitante	Maritza del Pilar Ortiz Páez
Actividad	Pensionada / trabajadora informal
Edad	67 años
Ingresos	\$250.000
Folio RSH	40948419
Calificación	40% con menores de ingresos.
Situación Actual	<p>Sra. Maritza, 67 años de edad, separada de hecho, tipología familiar unipersonal con redes de apoyo familiar, actualmente habita en calidad de propietaria en el sector centro de la comuna de alto hospicio. Cabe señalar que su ex esposo habita en el mismo terreno de ella, en un mini departamento en el patio, por lo cual ella debe cuidarlo de vez en cuando debido a que padece de discapacidad.</p> <p>Económicamente la referida percibe ingresos por concepto de pago de pensión por su AFP ProVida y por los ingresos que genera por concepto de venta de dulces y costuras, dichos ingresos son destinados mayormente al pago de insumos médicos, compra de alimentos, medicamentos, útiles de aseo e higiene personal y todo lo necesario para subsistir durante el mes.</p> <p>En términos de morbilidad la referida padeció de un cáncer uterino hace 12 años, por lo cual actualmente mantiene controles médicos para ir verificando que toda valla desarrollándose bien y además de padecer de artrosis a sus piernas.</p> <p>Actualmente debido a sus patologías es que la referida requiere de apoyo para el pago de exámenes médicos, lo cual tiene un alto costo y no puede realizar el pago de esto.</p>



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



PROVIDENCIA: 4780

NIS: 7467

	Por lo antes expuesto es que se sugiere y justifica apoyar con lo solicitado.
Documentos Adjuntos	Informe Social Informes Médicos Cedula de identidad Registro Social de Hogares Cartola de Beneficios Sociales
Solicitud	Solicita Ayuda Social por \$150.000.- para el pago de exámenes médicos.
Forma de Pago y N° de Cuenta	Realizar cheque a nombre de la Sra. María del Pilar Zagal Chavez. Directora de Desarrollo Comunitario Municipalidad de Alto Hospicio
Nombre y Firma de la Trabajadora Social	Javiera Troncoso Fuentes Trabajador Social



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
TRABAJADORA SOCIAL
DIDECO





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **ORTIZ PAEZ MARITZA DEL PILAR** R.U.N. **7903282-4**
 Fecha de nacimiento **28/12/1955** Estado civil **Separado** Nacionalidad **Chile**
 Previsión de Salud **Fonasa B** Escolaridad **Educación media científico humanístico**
 Sexo : **Femenino** Profesión u oficio **COSTURAS Y DULCES**
 Domicilio **LOS PARRONES** Nro. **2883** Fono (recado) **942696918**
 Programa **NO** Registro Social de Hogares **40948419** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales 1. Propietario

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : 1 Ingreso per - Capita : 250,000 Total de ingresos \$ 250,000

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ORTIZ PAEZ MARITZA	7903282-4	jefe/a de familia	28/12/1955	Educación media científica	COSTURA Y DULCES	250,000	Fonasa B

Asunto

Solicitud de ayuda social en el pago de exámenes médicos.

Situación Social

Sra. Maritza, 67 años de edad, separada de hecho, tipología familiar unipersonal con redes de apoyo familiar, actualmente habita en calidad de propietaria en el sector centro de la comuna de alto hospicio. Cabe señalar que su ex esposo habita en el mismo terreno de ella, en un mini departamento en el patio, por lo cual ella debe cuidarlo de vez en cuando debido a que padece de discapacidad.
 Económicamente la referida percibe ingresos por concepto de pago de pensión por su AFP ProVida y por los ingresos que genera por concepto de venta de dulces y costuras, dichos ingresos son destinados mayormente al pago de insumos médicos, compra de alimentos, medicamentos, útiles de aseo e higiene personal y todo lo necesario para subsistir durante el mes.
 En términos de morbilidad la referida padeció de un cáncer uterino hace 12 años, por lo cual actualmente mantiene controles médicos para ir verificando que todo valla desarrollándose bien y además de padecer de artrosis a sus piernas.
 Actualmente debido a sus patologías es que la referida requiere de apoyo para el pago de exámenes médicos, lo cual tiene un alto costo y no puede realizar el pago de esto.
 Por lo antes expuesto es que se sugiere y justifica apoyar con lo solicitado.



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
TRABAJADORA SOCIAL
JAVIERA TRONCOSO

Nombre y Firma Asistente Social



Fecha : 26/07/2023

26/07/2023

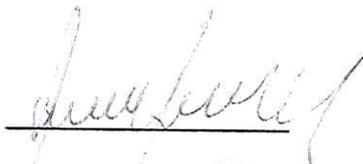
Solicitud de ayuda

Don Patricio Ferreira Rivera
alcalde Presente.

Estimado al alcalde mi nombre es Maritza Ortiz y requiero de apoyo de usted para poder pagar unos exámenes médicos que no me alcanzan para pagar.

Soy pensionada y vendo tortas, por lo cual mis ingresos son limitados y destinados al pago de exámenes, medicamentos y otras necesidades.

Desde ya muchas gracias.



Martiza Ortiz

Numero de contacto: 942696918 / 82066332

Rut: 7.903.282-4





Cartola Hogar Registro Social de Hogares



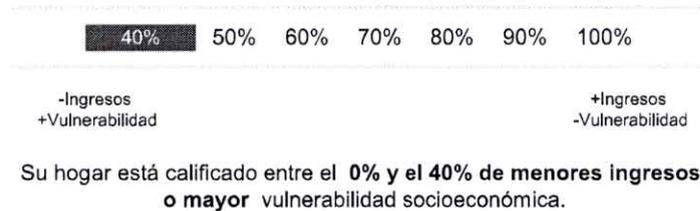
Folio #40948419
Fecha Confirmación Ciudadano: 08/01/2008

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 11 de JULIO de 2023 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el el primer día hábil de Agosto 2023

**Maritza del Pilar
Ortiz Páez**

RUN:
7.903.282-4
Dirección del Hogar:
Los Parrones, Nro domicilio: 2883, Alto
Hospicio.
Agrupación Habitacional:

Calificación Socioeconómica



La Calificación Socioeconómica del hogar se calculó en base a los datos que se detallan a continuación:

Integrantes del Hogar

RUN	Nombre	Parentesco con el Jefe(a) del Hogar
7.903.XXX-X	Maritza del Pilar Ortiz Páez	Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

Menores de 18 años 0 personas	De 60 años o más 1 persona	Dependencia o discapacidad 0 personas
----------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: menor que \$50.000
Ingresos de pensiones: entre \$165.000 y \$215.000
Ingresos de capital: menor que \$50.000
En base a información disponible de los últimos 12 meses.

**Total Ingresos del hogar
Entre \$165.000 y \$215.000**

Datos Complementarios

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar.

Se recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la página web www.registrosocial.gob.cl o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

registrosocial.gob.cl

800 104 777

Oficinas Chile Atiende

Municipalidad

Esta cartola fue impresa el 26 de Julio a las 11:10 hrs. desde la I.Municipalidad de Alto Hospicio



SOLICITUD DE EXÁMENES LABORATORIO CLÍNICO

Nombre: Manuela Ortiz Paz

Rut. 7908282-4

Edad: _____

Diagnóstico: Control Salud

Fecha: 29.06.2023

TOMA DE MUESTRA

- Sangre Adulto 0307011
- Sangre Niño 0307012
- Hemocultivo 0307013

HEMATOLÓGICOS

- Hemograma 0301045
- Hematocrito 0301036
- Hemoglobina 0301038
- Grupo ABO - Rh 0301034
- Recuento de Plaquetas 0301067
- Recuento de Reticulocitos 0301068
- Protrombina 0301059
- T.T.P.K. 0301085
- Tiempo Sangría IVY 0301072

QUÍMICOS

- 1 Acido Úrico 0302005
- Bilirrubina Total y Conjugada 0302013
- Calcio 0302015
- Colesterol Total 0302067
- 1 Perfil Lipídico 0302034
- Creatinina 0302023
- Fósforo 0302042
- 1 Fosfatasa Alcalinas 0302040
- 2 Glicemia 0302047
- Gama Glutamil Transpeptidasa 0302045
- Nitrogeno Ureico 0302057
- Proteinas Totales 0302060
- Perfil Bioquímico 0302075
- SGOT Transaminasa Oxaloacética 0302063
- SGPT Transaminasa Pirúvica 0302063
- 1 Curva Tolerancia Glucosa 0302048
- 1 Triglicéridos 0302064
- 1 Perfil Hepático 0302076
- PCR 0305031
- Electrolitos (NA - K - CL) c/u 0302032
- Hemoglobina Glicosilada 0301041

HORMONALES

- Estradiol 0303030
- β - HCG 0303014
- H. Folículo Estimulante (FSH) 0303015
- H. Luteinizante (LH) 0303016
- 3 Prolactina 0303020
- Progesterona 0303019
- Testosterona Total 0303022
- Testosterona Libre 0303023
- DHEA - S 0303008
- T3 0303028
- T4 0303027
- TSH 0303024
- T4 Libre 0303026
- 1 Insulina 0303017
- 1 Curva de Insulina 0303031
- 3 Cortisol Plasmático 0303006

ORINA

- Orina Completa 0309022
- Sedimento de Orina 0309024
- Urocultivo y Antibiograma 0306011
- 2 Baciloscofia de Orina 0306001
- 2 Cultivo de Koch 0306018
- 2 Clearance de Creatinina 0302024
- 2 Proteinuria 0309028
- 2 Glucosuria 0309016

MICROBIOLÓGICOS

- Muestra de:
- Cultivo Corriente 0306008
- Tinción de Gram 0306005
- Antibiograma 0306026
- Examen Directo al Fresco 0308011
- Cultivo de Hongos 0306117
- Cultivo de Levaduras 0306017
- Directo de Hongos 0306004
- 2 Baciloscofia c/u 0306002
- 2 Cultivo de Koch 0306018
- Hemocultivo (Nº.....) 0306009
- 2 Flujo Vaginal 0308044
- Cultivo Secreción Uretral 0308044
- Cultivo Orina 1er Chorro 0308044
- 2 Cultivo de Gonococo 0306016
- 2 Clamidas (IFD) 0306034
- Mycoplasma - Ureaplasma c/u 0306023
- 2 Panel Virus Respiratorio
- 2 Adenovirus Ag. (IFD) 0306070
- 2 VRS Ag. (IFD) 0306270
- 2 Influenza Ag. (IFD) 0306070
- 2 Parainfluenza Ag. (IFD) 0306070
- 2 Bordetella Pertusis (IFI) 0306119
- Test Pack Streptococcus Grupo A 0306110
- Mycoplasma Pneumoniae IgG 0306037
- Mycoplasma Pneumoniae IgM 0306037

DEPOSICIONES

- 2 Coprocultivo 0306007
- 2 Leucocitos Fecales 0308005
- 2 Rotavirus 0306170
- 2 Adenovirus 0306070
- 2 Parasitológico P.A.F. 0306059
- 2 Parasitológico Telleman 0306048
- 2 Parasitológico Directo 0306049
- 2 Test de Graham 0306051
- 2 PH 0308006
- 2 Azúcares Reductores (Fehling) 0308001
- 2 Hemorragia Oculta c/u Nº..... 0308004
- 2 Tinción Campylobacter s/c
- 2 Yersinia Cultivo 0306014

INMUNOLÓGICOS

- Complemento (C3 - C4 - C1q) c/u 0305012
- IgA - IgM - IgG c/u 0305027
- Factor Reumatoideo 0305020
- 1 Linfocitos CD3 0305046
- Linfocitos CD4 - CD8 c/u 0305045
- Linfocitos CD19 0305043
- Electroforesis de Proteínas 0302061
- IEF de Cadenas Pesadas c/u 0305023
- IEF de Cadenas Livianas c/u 0305022
- Inmunofijación 0305025
- Ac. anti ENA c/u 0305004
- Ac. Antinucleares (ANA) 0305005
- Anti Mitocondriales (AMA) 0305005
- Ac. Anti DNA u otros c/u 0305005
- Ac. Antiendomisio (EMA) 0305001

SEROLÓGICOS

- HIV 0306169
- Hepatitis B Ag. 0306077
- Hepatitis B Anticore IgM 0306080
- Hepatitis B Anticore Total 0306076
- Hepatitis C (Ac.) 0306081
- Hepatitis A IgM 0306074
- VDRL 0306042
- Reacciones Tíficas 0306039

MARCADORES TUMORALES

- Alfa Feto Proteína (AFP) 0305003
- Ag. Prostático Especifico Total (PSA) 0305070
- Ag. Prostático Especifico Libre 0305070
- Ag. Carcinoembrionario (C.E.A) 0305009
- Ag. Ca 125 0305170

ESTUDIO DE LÍQUIDOS

- Citológico 0308010
- Físico - Químico 0308014
- Estudio de Cristales 0308023

VARIOS

- Espermiograma 0308029
- Monotest 0306036
- Células de Lupus c/u 0301010
- Acarotest 0306056
- IgE Total 0305028
- IgE Especifica c/u 0305029
- Drogas de Abuso en Orina c/u s/c
- Drogas de Abuso en Orina Panel 5 Det. (Anfetaminas, Benzodiazepinas, Canabinos, Cocaína, Opiáceos) s/c
- Nivel Plasmático Fármacos y/o Drogas 0302035

CITODIAGNÓSTICO

- 2 Papanicolaou 0801001
- Citológico de Cel. Neoplásicas 0801002
- Colpocitograma 0308041

OTROS

Vitamina D

Ca 125

ALFA FETO PROTEINA

ANTICUERPO CARCINOEMBRIONARIO

- 1 Ayuno 8 a 12 horas
- 2 Consultar indicaciones especiales
- 3 Atención Horario y Condiciones Especiales
- Sin ayuno / Todo Horario

NOTA: Solo los exámenes destacados requieren ayuno según detalle, los demás pueden ser tomados en todo horario.

NOMBRE: Dr. Luis Nocetti Nuñez

Rut. 10.406.933 - 9

Medicina Interna
Reumatología

Rut: _____

FIRMA: _____



LABORATORIO AUTOMATIZADO LTDA.

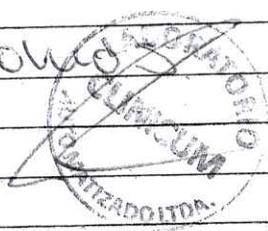
Esmeralda 731 · Casilla 169 · Fono: 57 2735002 · Iquique, Chile
"Centro Norte Grande" Arturo Fernández 2165 · Fono: 57 2575783
"Centro Médico Iquique" Av. Arturo Prat 1170, Piso 3 · Fono: 57 2523373
"Centro Diagnóstico Prat" Manuel Rodríguez 842, Piso 2 · Fono: 57 2765817
Email: contacto@clenicum.cl R.U.T. 86.687.700-9 www.clenicum.cl

Voucher

Nº

Día	Mes	Año
10	7	2023

DETALLE		VALOR
	Votos Bono	106.450





SEGURO DE CESANTIA

Fecha de Suscripción

26/07/2023

>> Antecedentes del Afiliado

Apellido Paterno*	Apellido Materno*	Nombres*	Fecha Nacimiento*
			(ej: 25/12/1999)
Lugar de Nacimiento	Pais*	Región*	Comuna*
		Seleccione v	Seleccione... v
			Cédula de Identidad*
			7903282 4
Domicilio - Calle	Número	Depto/Block/Sector/Población/Villa	
Región	Comuna	Casilla	Correo de
Seleccione v	Seleccione.. v		
Código Postal	Teléfono	E-mail	Autoriza Cartola por E-Mail
	56 v ?		SI v -- v
Estado Civil*	N° Cargas Familiares	Institución Previsional*	Sexo*
-- v		-- v	
Nivel Educativo*	N° de Años Aprobados*		
Sin Información v	00		

>> Antecedentes de los Beneficiarios

Ape. Paterno	Materno	Nombres	Número RUT	Rel. con Afiliado	Porcentaje

En caso de fallecimiento, los fondos acumulados serán pagados a (los) beneficiario (s) antes designado (s). Si se omite se pagarán al cónyuge, a los hijos legítimos o naturales, a los padres legítimos del fallecido.

>> Identificación Empleador

Fecha Inicio Labores*	Nombre o Razón Social*	RUT*
(ej: 25/12/1999)		
Domicilio - Calle*	Número*	Depto/Block/Sector/Población/Villa
Región*	Comuna*	Casilla
Seleccione v	Seleccione.. v	
Código Postal	Teléfono	E-mail
	56 v ?	
		Lugar de Suscripción*
		N° Hrs Trabajo Semanal*
		-- v
Tipo de Contrato*	<input type="radio"/> Duración Indefinida <input type="radio"/> A plazo <input type="radio"/> Obra, Trabajo o servicio determinado <input type="radio"/> Trabajador Casa Particular	
Tipo de Afiliación*	<input type="radio"/> Opcional <input type="radio"/> Obligatoria <input type="radio"/> Traspaso Casa Particular <input type="radio"/> Obligatorio Casa Particular	

(Campos marcados con '*' son obligatorios)

Grabar Datos

Liquidación de Pago de Pensión Comprobante

Rut Causante: 7.903.282-4	Nombre Causante: MARITZA ORTIZ PAEZ
Rut Apoderado: 7.903.282-4	Nombre Apoderado: MARITZA ORTIZ PAEZ
Fecha: 19/07/2023	Tipo de Pensión: INVALIDEZ
Modalidad: RET. PROGRAMADO	Nro Pensión: 33277689
Fecha desde: 01/07/2023	Fecha hasta: 31/07/2023

BENEFICIARIOS			VALOR DE LA UF: \$ 36.076,99 DEL DÍA 19/07/2023
1	7.903.282-4	MARITZA ORTIZ PAEZ	UF
Total haberes beneficiarios			0,00 UF

DETALLE LIQUIDACIÓN			
HABERES (MAS)	MONTO \$	DESCUENTOS (MENOS)	MONTO \$
BONIFICACION SALUD DEL MES	14.432	SALUD	14.432
P.GARANTIZADA UNIVERSAL IPS	206.173		
BONO COMPENSATORIO IPS	9.023		
Total haberes	229.628	Total descuentos	\$ 14.432
		Pago neto	\$ 215.196
		Monto líquido a pagar por IPS	\$ 215.196
		Monto líquido a pagar por AFP	\$ 0
		TOTAL LÍQUIDO A PAGAR	\$ 215.196

Descontando este pago, el saldo de tus Cuentas para la Jubilación es de \$ 0

Fecha de tu próximo pago de Pensión	18/08/2023
-------------------------------------	------------



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **MARITZA DEL PILAR ORTIZ PÁEZ**, RUN **7903282-4**, figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo B, a que se refiere el artículo 160 D.F.L N° 01 del 2005, con certificación vigente.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines relacionados al área de salud.



Camilo Cid Pedraza
Director
Fondo Nacional de Salud

**Queremos que esté más informado.
Llámenos al 600 360 3000
Visítenos en www.fonasa.cl**

Este certificado tiene validez de 60 días, después de su emisión.

Fecha Emisión: 26/07/2023
Código de Verificación: 2368152751



CERTIFICADO DE COTIZACIONES

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 26/07/2023

El FONDO NACIONAL DE SALUD dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) **MARITZA DEL PILAR ORTIZ PÁEZ**, RUN **7903282-4**, correspondientes al período de 07-2020 a 07-2023.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	05-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$206,173	\$14,432	30	PENSION		01-05-2023
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	04-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$206,173	\$14,432	30	PENSION		01-04-2023
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	03-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$206,173	\$14,432	30	PENSION		01-03-2023
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	02-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$206,173	\$14,432	30	PENSION		01-02-2023
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	01-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-01-2023
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	12-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-12-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	11-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-11-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	10-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-10-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	09-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-09-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	08-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-08-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	07-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$202,834	\$14,198	30	PENSION		01-07-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	06-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-06-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	05-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-05-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	04-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-04-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	03-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-03-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	02-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-02-2022
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	01-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$182,658	\$12,786	30	PENSION		01-01-2022



CERTIFICADO DE COTIZACIONES

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 26/07/2023

El FONDO NACIONAL DE SALUD dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) **MARITZA DEL PILAR ORTIZ PÁEZ**, RUN **7903282-4**, correspondientes al período de 07-2020 a 07-2023.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	12-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,646	\$11,945	30	PENSION		01-12-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	11-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,646	\$11,945	30	PENSION		01-11-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	10-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,646	\$11,945	30	PENSION		01-10-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	09-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,646	\$11,945	30	PENSION		01-09-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	08-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,646	\$11,945	30	PENSION		01-08-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	07-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,519	\$11,936	30	PENSION		01-07-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	06-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$164,584	\$11,521	30	PENSION		01-06-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	05-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$164,584	\$11,521	30	PENSION		01-05-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	04-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$161,609	\$11,313	30	PENSION		01-04-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	03-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$161,609	\$11,313	30	PENSION		01-03-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	02-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$161,609	\$11,313	30	PENSION		01-02-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	01-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$161,609	\$11,313	30	PENSION		01-01-2021
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	12-2020	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$141,374	\$9,896	30	PENSION		01-12-2020
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	11-2020	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$141,374	\$9,896	30	PENSION		01-11-2020
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	10-2020	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$141,374	\$9,896	30	PENSION		01-10-2020
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	09-2020	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$141,374	\$9,896	30	PENSION		01-09-2020
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	08-2020	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$141,374	\$9,896	30	PENSION		01-08-2020



CERTIFICADO DE COTIZACIONES

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 26/07/2023

El FONDO NACIONAL DE SALUD dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) **MARITZA DEL PILAR ORTIZ PÁEZ**, RUN **7903282-4**, correspondientes al período de 07-2020 a 07-2023.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
76265736-8	A.F.P. PROVIDA S.A.	07-2020	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$141,374	\$9,896	30	PENSION		01-07-2020

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines relacionados al área de salud.



Camilo Cid Pedraza
Director
Fondo Nacional de Salud

Este certificado tiene una validez de 60 días, después de su emisión.

Código 823174253

Notas:

1. Verifique que los montos aquí señalados sean iguales a los descuentos por concepto de cotización por salud FONASA efectuados por su empleador en su liquidación de remuneraciones o pensión. Cualquier consulta o reclamo se debe hacer llegar a FONASA a través de la página web (<http://www.fonasa.cl>).
2. Esta cartola de cotizaciones no es válida para efectos de lo establecido en la Ley N°19.844, relativa a acreditación de pago de cotizaciones previsionales por parte del empleador.
3. CT: Cotizaciones Temporales, serán validadas por FONASA en forma posterior.
4. PBS: Pensión Básica Solidaria.



CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

26/07/2023

11:20:09

N.I.S.	0007467	R.U.N.	7903282-4
NOMBRE BENEFICIARIO :	ORTIZ	PAEZ	MARITZA DEL PILAR
CALLE	LOS PARRONES		2883
NRO. F.P.S.	40948419	PUNTOS	40
INGRESOS	250,000	PERCAPITA	250,000
		INTEGRANTES	1

Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social
I0533	18/07/2012	SOLICITA PASAJES (PAOLA LEMA)	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I1944	21/11/2012	SOLICITA PASAJES GUSTAVO LEON	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I2261	19/02/2013	SOLICITA PASAJES CLAUDIA CORTEZ	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I2686	26/04/2013	SOLICITA PASAJES CLAUDIA CORTEZ	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I3208	02/09/2013	SOLICITA PASAJES CLAUDIA CORTEZ	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I3234	06/09/2013	SOLICITA MERCADERIA CLAUDIA CORTEZ.	13,745	JAVIERA TRONCOSO
I3466	28/10/2013	SOLICITA PASAJES DE REGRESO (PAOLA LEMA ANI	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I3574	07/01/2014	SOLICITA PASAJES CLAUDIA CORTEZ	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I3990	16/04/2014	SOLICITA PASAJES DE REGRESO ASISTENTE SOCI/	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I4156	03/06/2014	SOLICITA PASAJES DE REGRESO GUSTAVO LEON	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I4554	02/09/2014	SOLICITA PASAJES DE REGRESO AS GUSTAVO LEC	20,000	JAVIERA TRONCOSO
I5356	21/04/2015	SOLICITA PASAJES DE REGRESO AS CLAUDIA COR'	20,000	JAVIERA TRONCOSO
TOTAL BENEFICIOS \$			233,745	



Resumen Caso Social

Nombre del/la solicitante	Lorena del Carmen Acuña Salinas
Actividad	Pensionada
Edad	62 años
Ingresos	\$300.000.-
Folio RSH	43083711
Calificación	40%
Situación Actual	<p>Sra. Lorena del Carmen Acuña Salinas, Persona mayor de 62 años de edad, tipología familiar monoparental extensa, vivienda ubicada en Las Frutillas #2855, vive junto a su hija Dafni Miranda de 20 años, su nieto Milán Román de 8 meses y su yerno Paolo Román 22 años de edad.</p> <p>Económicamente el hogar se encuentra con una calificación de un 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, sus ingresos corresponden a labor como comerciante en feria Quebradilla, Ingresos que son mayormente destinados a los gastos de insumos básicos, mercadería, medicamentos, gas, locomoción, útiles de aseo e higiene y lo necesario para su bien estar. Por otro lado su hija Dafni se dedica al cuidado de su hijo Milán y el yerno Paolo trabaja de manera esporádica, ingresos que también están destinados a los gastos de su hijo Milán y a las necesidades básicas del hogar.</p> <p>Se le sugiere actualizar Registro Social de Hogares, ya que la dirección de la cartola no es donde se encuentra viviendo actualmente.</p> <p>En términos de morbilidad la referida presenta las siguientes patologías: Diabetes Mellitus tipo II, Hipercolesterolemia, Osteoporosis, es por las patologías mencionadas anteriormente por lo cual el Dr. le receta el uso de Leche ensure de uso permanente, es por lo alto costo de lo solicitado por lo cual se acerca la Sra. Lorena a solicitar la</p>



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



Multicultural

PROVIDENCIA: 4740

NIS: 19665

ayuda, debido a que sus ingresos le son insuficientes para poder costearlo por su propia cuenta.

Por lo antes expuesto, se justifica la ayuda solicitada.

Informe Social

Informes Médicos

Documentos Adjuntos

Cedula de identidad

Registro Social de Hogares

Cartola de Beneficios Sociales

Solicitud

Solicita Ayuda Social por \$ 250.000 para la compra de:

- Ensure Advance de uso permanente

Forma de Pago y N° de Cuenta

Realizar cheque a nombre de la Sra. María del Pilar Zagal Chávez Directora de Desarrollo Comunitario
Municipalidad de Alto Hospicio

Nombre y Firma de la Trabajadora Social

Milka Pilar Cepeda Cepeda
Trabajador Social





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **ACUÑA SALINAS LORENA DEL CARMEN** R.U.N. **96993331**
 Fecha de nacimiento **04/12/1961** Estado civil **Soltero** Nacionalidad **Chile**
 Previsión de Salud **Fonasa A** Escolaridad **Educación básica**
 Sexo : **Femenino** Profesión u oficio **COMERCIANTE**
 Domicilio **LAS FRUTILLAS** Nro. **2855** - - Fono (recado) **939057457**
 Programa **NO** Registro Social de Hogares **43083711** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales 4. Arrendatario

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : **1** Ingreso per - Capita : **300,000** Total de ingresos \$ **300,000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ACUÑA SALINAS LORENA DEL	96993331	jefe/a de familia	04/12/1961	Educación básica	COMERCIANTE	300,000	Fonasa A

Asunto

Solicitud económica para la compra de:
 • Ensure Advance de uso permanente
 PROV: 4740

Situación Social

Sra. Lorena del Carmen Acuña Salinas, Persona mayor de 62 años de edad, tipología familiar monoparental extensa, vivienda ubicada en Las Frutillas #2855, vive junto a su hija Dafni Miranda de 20 años, su nieto Milán Román de 8 meses y su yerno Paolo Román 22 años de edad.

Económicamente el hogar se encuentra con una calificación de un 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, sus ingresos corresponden a labor como comerciante en feria Quebradilla, Ingresos que son mayormente destinados a los gastos de insumos básicos, mercadería, medicamentos, gas, locomoción, útiles de aseo e higiene y lo necesario para su bien estar. Por otro lado su hija Dafni se dedica al cuidado de su hijo Milán y el yerno Paolo trabaja de manera esporádica, ingresos que también están destinados a los gastos de su hijo Milán y a las necesidades básicas del hogar.

Se le sugiere actualizar Registro Social de Hogares, ya que la dirección de la cartola no es donde se encuentra viviendo actualmente.

En términos de morbilidad la referida presenta las siguientes patologías: Diabetes Mellitus tipo II, Hipercolesterolemia, Osteoporosis, es por las patologías mencionadas anteriormente por lo cual el Dr. le receta el uso de Leche ensure de uso permanente, es por lo alto costo de lo solicitado por lo cual se acerca la Sra. Lorena a solicitar la ayuda, debido a que sus ingresos le son insuficientes para poder costearlo por su propia cuenta.

Por lo antes expuesto, se justifica la ayuda solicitada.

MILKA CEPEDA CEPEDA

Nombre y Firma Asistente Social

mcepeda@maho.cl

Fecha : 28/07/2023





MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
OFICINA DE PARTES

PROVIDENCIA NRO.: 004740 // 2023

FECHA : 25/07/2023 11:49:38
REMITENTE : LORENA ACUÑA SALINAS
NOMBRE LORENA ACUÑA SALINAS / 9.699.333-1
CARGO VECINO
INSTITUCION
REFERENCIA : APOYO ECONOMICO PARA COMPRA DE SUPLEMENTO ALIMENTICIO

*

Celular / Email 939057457 @
Dirección LAS FRUTILLAS N° 2855

DERIVADO A:

TIPO DERIVACION

- | | |
|------------|--------------------|
| - ALCALDIA | TOMAR CONOCIMIENTO |
| - DIDECO | TOMAR ACCION |

NOTA : *



Clave : 4E4B4E506B69483166504B68



ALCALDE

ALCALDE

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

PATRICIO FERREIRA RIVERA



ME DIRIJO A USTED A TRAVES DE LA PRESENTE CARTA, MI NOMBRE es Lorena del Carmen Acuña Salinas RUT: 9.699.333-1 Y VENGO A SOLICITAR A USTED LO SIGUIENTE:

Solicito apoyo económico en la compra de suplemento alimenticio Ensure el cual debo consumir de manera permanente debido a que cuento con un diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia y osteoporosis. No cuento con los ingresos suficientes para costear este requerimiento por lo cual solicito apoyo desde el municipio.

SE DESPIDE Y DE ANTE MANO GRACIAS POR SU ATENCION

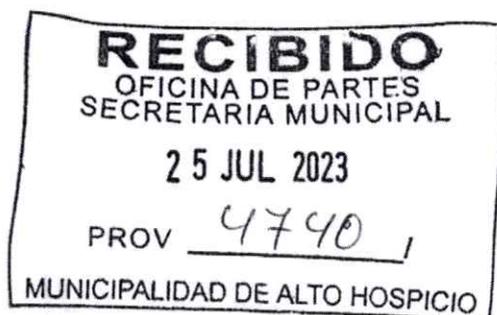
ATTE.

NOMBRE: Lorena del Carmen Acuña Salinas

RUT: 9.699.333-1

DIRECCIÓN: Las Frutillas #2855

TELEFONO: 939057457



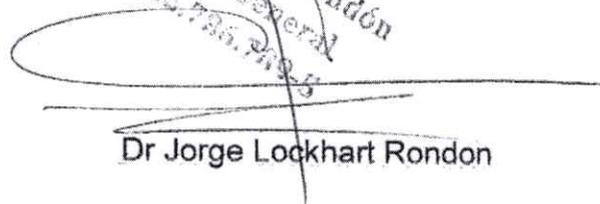

FIRMA

IQUIQUE, 21/07/2023

CERTIFICADO DE ATENCION

POR LA PRESENTE, YO DR JORGE LOCKHART RONDON, CERTIFICO QUE LA PACIENTE LORENA DEL CARMEN ACUÑA SALINAS DE 62 AÑOS, CON RUT: 9.699.333-1, ES PORTADORA DEL DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II, CON TTO CON METFORMINA 850 MG, DOS VECES AL DIA (PERMANENTE), HIPERCOLESTEROLEMIA CON TTO ATORVASTATINA 20 MG DIARIO (3 MESES Y REVALUAR), OSTEOARTROSIS, TTO CON CALCIO 500 MG DIARIO POR TRES MESES Y REVALUAR, CELECOXIB 200 MG SEMANAL POR 6 MESES Y LECHE ENSURE TRES VECES AL DIA, PERMANENTE, ATENCION Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO.

Jorge Lockhart Rondon
Medicina General
Rut: 26.786.749-5



Dr Jorge Lockhart Rondon



Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #43083711
Fecha Confirmación Ciudadano: 21/11/2014

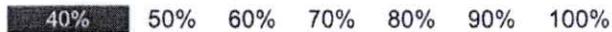
Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 11 de JULIO de 2023 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el el primer día hábil de Agosto 2023

**Lorena del Carmen
Acuña Salinas**

Calificación Socioeconómica

RUN:
9.699.333-1

Dirección del Hogar:
Pasaje Sal Normandía, Nro domicilio: 3463,
Dpto: -, Block: -, Alto Hospicio.
Agrupación Habitacional:



-Ingresos
+Vulnerabilidad

+Ingresos
-Vulnerabilidad

Su hogar está calificado entre el **0% y el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

La Calificación Socioeconómica del hogar se calculó en base a los datos que se detallan a continuación:

Integrantes del Hogar

RUN	Nombre	Parentesco con el Jefe(a) del Hogar
9.699.XXX-X	Lorena del Carmen Acuña Salinas	Jefe(a) de hogar
21.090.XXX-X	Dafni Maribela Miranda Acuña	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

Menores de 18 años 0 personas	De 60 años o más 1 persona	Dependencia o discapacidad 0 personas
----------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$120.000 y \$170.000
Ingresos de pensiones: menor que \$50.000
Ingresos de capital: menor que \$50.000

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

**Total Ingresos del hogar
Entre \$120.000 y \$170.000**

Datos Complementarios

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar.

Se recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la página web www.registrosocial.gob.cl o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

registrosocial.gob.cl

800 104 777

Oficinas Chile Atiende

Municipalidad



REGISTRO DE BENEFICIOS

FOLIO : 45855

N.I.S. 0019665

NOMBRE BENEFICIARIO : ACUÑA SALINAS LORENA DEL CARMEN

CALLE LAS FRUTILLAS

2855 - -

FECHA 28/07/2023

GLOSA SOLICITUD ECONOMICA PARA LA COMPRA DE ENSURE USO PERMANENTE

Beneficio	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
00	SOLICITUD DE SUBVENCION	1	1		

TOTAL BENEFICIOS \$

ASISTENTE SOCIAL MILKA CEPEDA CEPEDA



CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

28/07/2023

14:03:02

N.I.S.	0019665	R.U.N.	96993331	
NOMBRE BENEFICIARIO :	ACUÑA	SALINAS	LORENA DEL CARMEN	
CALLE	LAS FRUTILLAS	2855	- -	
NRO. F.P.S.	43083711	PUNTOS	40	
INGRESOS	300,000	PERCAPITA	300,000	
		INTEGRANTES	1	
Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social
15855	28/07/2023	SOLICITUD ECONOMICA PARA LA COMPRA DE ENSI		MILKA CEPEDA CEPEDA
TOTAL BENEFICIOS \$				



Resumen Caso Social

Nombre del/la solicitante	Mario Orlando Muñoz Pérez
Actividad	Jubilado
Edad	77 años
Ingresos	\$300.000-
Folio RSH	41582096
Calificación	40% con menores de ingresos.

Situación Actual Don Mario Muñoz de 77 años de edad, divorciado, RUT: 5.783.755-1 tipología familiar unipersonal, reside en calidad de propietario en la vivienda ubicada en El Mirador #3686 depto. 301 block 3, en el sector de la tortuga de la comuna de Alto Hospicio.

Económicamente el referido pertenece al 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica. Depende de los ingresos que genera a través del pago de su jubilación y PGU. Dichos ingresos son destinados a la compra de medicamentos, alimentos, pago de exámenes médicos y traslados a centros hospitalarios.

En términos de morbilidad el referido padece de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, gonartrosis y dislipidemia, por lo que se encuentra en tratamiento médico y farmacológico, en el CECOSF La Tortuga, por lo que requiere del uso permanente de medicamentos Galvus Met, el cual debe costear de manera particular. El referido no cuenta con los ingresos suficientes para costear el medicamento, debido al alto costo que este tiene.

Se visualiza una condición de vulnerabilidad socioeconómica sin redes de apoyo familiares, que puedan suplir las necesidades de salud del referido. Por lo que solicita apoyo económico al Municipio en la compra del medicamento.

Por los antecedentes antes expuestos se sugiere apoyar al



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



Multicultural

PROVIDENCIA: 4817

NIS: 0014337

referido con lo solicitado, debido a que no cuenta con los ingresos económicos y redes de apoyo pertinentes para costear los requerimientos que conllevan sus patologías.

	Informe Social
	Informes Médicos
Documentos Adjuntos	Cedula de identidad
	Registro Social de Hogares
	Cartola de Beneficios Sociales
Solicitud	Solicitud Ayuda Social por \$300.000 para costear la compra de medicamentos de uso permanente. - - Galvus Met 50/1000mg
Forma de Pago y N° de Cuenta	Realizar cheque a nombre del Sra. María del Pilar Zagal Chávez Directora de Desarrollo Comunitario Municipalidad de Alto Hospicio.
Nombre y Firma de la Trabajadora Social	Joyce Vergara Faúndez Trabajadora Social





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **MUÑOZ PÉREZ MARIO ORLANDO** R.U.N. **5783755-1**
 Fecha de nacimiento **31/01/1946** Estado civil **Divorciado** Nacionalidad **Chile**
 Previsión de Salud **Fonasa B** Escolaridad **Educación básica**
 Sexo : **Masculino** Profesión u oficio **JUBILADO**
 Domicilio **EL MIRADOR** Nro. **3686 3 301** Fono (recado) **9-49175045**
 Programa **NO PARTICIPA** Registro Social de Hogares **41582096** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales 1. Propietario

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : 1 Ingreso per - Capita : 300,000 Total de ingresos \$ 300,000

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
MUÑOZ PÉREZ MARIO ORLANDO	5783755-1	jefe/a de familia	31/01/1946	Educación básica	PENSIONADO	300,000	Fonasa B

Asunto

Solicitud Ayuda Social por \$300.000 para costear la compra de medicamentos de uso permanente.-
 - Galvus Met 50/1000mg
 Prov. N° 4817

Situación Social

Don Mario Muñoz de 77 años de edad, divorciado, RUT: 5.783.755-1 tipología familiar unipersonal, reside en calidad de propietario en la vivienda ubicada en El Mirador #3686 depto. 301 block 3, en el sector de la tortuga de la comuna de Alto Hospicio.

Económicamente el referido pertenece al 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica. Depende de los ingresos que genera a través del pago de su jubilación y PGU. Dichos ingresos son destinados a la compra de medicamentos, alimentos, pago de exámenes médicos y traslados a centros hospitalarios.

En términos de morbilidad el referido padece de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, gonartrosis y dislipidemia, por lo que se encuentra en tratamiento médico y farmacológico, en el CECOSF La Tortuga, por lo que requiere del uso permanente de medicamentos Galvus Met, el cual debe costear de manera particular. El referido no cuenta con los ingresos suficientes para costear el medicamento, debido al alto costo que este tiene.

Se visualiza una condición de vulnerabilidad socioeconómica sin redes de apoyo familiares, que puedan suplir las necesidades de salud del referido. Por lo que solicita apoyo económico al Municipio en la compra del medicamento.

Por los antecedentes antes expuestos se sugiere apoyar al

JOYCE VERGARA

Nombre y Firma Asistente Social



Fecha : 27/07/2023



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

OFICINA DE PARTES

PROVIDENCIA NRO.: **004817 // 2023**

FECHA : 27/07/2023 13:05:47
REMITENTE : MARIO MUÑOZ PEREZ
NOMBRE MARIO MUÑOZ PEREZ / 5.783.755-1
CARGO VECINO
INSTITUCION
REFERENCIA : SOLICITUD DE APOYO ECONOMICO PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS

*

Celular / Email 949175045 @
Dirección EL MIRADOR #3686 BLOCK 3 DEPTO 301

DERIVADO A:

TIPO DERIVACION

- ALCALDIA

TOMAR CONOCIMIENTO

- DIDECO

TOMAR ACCION

NOTA : *



Clave : 4E4B77387377526362576936



ALCALDE

ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
PATRICIO FERREIRA RIVERA



SR. ALCALDE ME DIRIJO A USTED A TRAVÉS DE LA PRESENTE CARTA, MI NOMBRE ES: *Mario Orlando*

Muñoz Pérez, RUT: 5.783.755-1, Y VENGO A SOLICITARLE A USTED LO SIGUIENTE:

Apoyo económico para realizar la compra de medicamentos (galvus.met 50/1000) para el tratamiento de mi diabetes. Le comento mi situación soy una persona mayor que no cuenta con los recursos económicos para realizar la compra de este medicamento por su alto valor.

SE DESPIDE Y DE ANTE MANO GRACIAS POR SU ATENCIÓN.

ATTE.:



NOMBRE: *Mario Orlando Muñoz Pérez*

RUT: 5.783.755-1

DIRECCIÓN: *El Mirador #3686, Block 3, Dpto. 301*

TELÉFONO: *9-4950*

9-49175045

FIRMA



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO
Nuestro mejor proyecto de Vida



Multicultural

Alto Hospicio, 10/07/2023

CERTIFICADO

La paciente, **MARIO ORLANDO MUÑOS PEREZ. 77 años Sexo Masculino**

RUT. 5 783.755-1. Fue atendido por el equipo de salud del establecimiento cecosf la tortuga para evaluación general a petición del interesado.

Paciente de 61 años de edad, con antecedentes mórbidos conocidos. En control en nuestra institución.

Hipertensión arterial

Obesidad

Dislipidemia

Diabetes mellitus

Gonartrosis

Se emite el presente informe a petición del usuario.

DR Yusvel Mendoza Perez
Rut: 27.743.517-9
Médico General

DR. YUSVEL MENDOZA P
RUT: 27.743.517-9
MÉDICO GENERAL

CECOSF LA TORTUGA.- ALTO HOSPICIO



**Instituto de
Previsión
Social**



Liquidación Consolidada de Pensiones

VEJEZ POR EDAD / RETIRO PROGRAMADO / PGU

		Fecha de Pago	19/07/2023
RECEPTOR DE PENSION			
Nombre	MUÑOZ PEREZ MARIO ORLANDO	Rut	5783755-1
Dirección	EL MIRADOR # 3686		
Comuna	ALTO HOSPICI	Ciudad	IQUIQUE
Afiado Causante		Rut Afiado	Nro. Cuenta Afiado
MUÑOZ PEREZ MARIO ORLANDO		5783755-1	2971665-K
		Valor U.F.	36.076,99

Detalle	Periodo	Tipo	A. Fam.	Monto U.F.	Monto AFP \$	Monto IPS \$	Monto Total \$
PENSION DEL MES	202307			2,99	107.870		107.870
P.G.U. DEL MES	202307			5,71		206.173	206.173
TOTAL HABERES \$							314.043

Detalle de Descuentos	Monto AFP \$	Monto IPS \$	Monto Total \$
DESCUENTO DE SALUD FONASA			21.983
BONIF. FISCAL DE SALUD 7% (+)			21.983
TOTAL SALUD (Plan menos Bonificación)			0
COMISIONES PERIODO 2023/07	1.025		1.025
TOTAL DESCUENTOS \$			1.025

Valor Carga	N° Normal	N° Inval.
0	0	0
** Descuento por pago en exceso pensión IPS mes anterior	Pago en exceso pensión IPS a descontar mes siguiente	
0	0	

PENSION NETA \$	313.018
ASIGNACION FAMILIAR \$	0
LIQUIDO CONSOLIDADO (IPS + AFP) \$	313.018
LIQUIDO IPS (Incluye Descuento**) \$	206.173
LIQUIDO A PAGAR AFP \$	106.845

Medio de Pago AFP/IPS	Sucursal AFP	
DEPOSITO EN BANCO	SUCURSAL IQUIQUE	
Cheque Nro.	Bco. Depósito	Nro. Cta. Cte.
0	BANCO FALABELLA	50380011840

FECHA PROXIMO PAGO 21/08/2023

LE INFORMAMOS QUE A CONTAR DE FEBRERO 2022 SU BENEFICIO APS FUE REEMPLAZADO AUTOMATICAMENTE POR EL BENEFICIO PENSION GARANTIZADA UNIVERSAL



Nº 0040716

Nombre Paciente: Alma Muñoz
 RUT. Paciente: 5783755-1 Edad Paciente: 74 años
 Dirección Paciente: Quilicura 3686, Block 3.
 Diagnóstico Paciente: D. Cellulitis
 Fecha Prescripción: 20/07/23 GES (si) (no)
 Entrega en consultorio: (si) (no)

Rp.

*Calvario Ref (50/1000) →
 1 camp cada 12 horas.
 por 6 meses.*

Nombre y Firma Profesional



Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #41582096
Fecha Confirmación Ciudadano: 27/03/2009

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 11 de JULIO de 2023 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el el primer día hábil de Agosto 2023

<p>Mario Orlando Muñoz Pérez</p> <p>RUN: 5.783.755-1</p> <p>Dirección del Hogar: El Mirador, Nro domicilio: 3686, Dpto: 301, Block: 3, Alto Hospicio.</p> <p>Agrupación Habitacional: La Tortuga -Pb</p>	<p>Calificación Socioeconómica</p> <p>40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>-Ingresos +Ingresos +Vulnerabilidad -Vulnerabilidad</p> <p>Su hogar está calificado entre el 0% y el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La Calificación Socioeconómica del hogar se calculó en base a los datos que se detallan a continuación:

Integrantes del Hogar								
<table border="0"> <tr> <th>RUN</th> <th>Nombre</th> <th>Parentesco con el Jefe(a) del Hogar</th> </tr> <tr> <td>5.783.XXX-X</td> <td>Mario Orlando Muñoz Pérez</td> <td>Jefe(a) de hogar</td> </tr> </table>	RUN	Nombre	Parentesco con el Jefe(a) del Hogar	5.783.XXX-X	Mario Orlando Muñoz Pérez	Jefe(a) de hogar		
RUN	Nombre	Parentesco con el Jefe(a) del Hogar						
5.783.XXX-X	Mario Orlando Muñoz Pérez	Jefe(a) de hogar						
Características Integrantes del hogar								
<table border="0"> <tr> <td>Menores de 18 años</td> <td>De 60 años o más</td> <td>Dependencia o discapacidad</td> </tr> <tr> <td>0 personas</td> <td>1 persona</td> <td>1 personas</td> </tr> </table>	Menores de 18 años	De 60 años o más	Dependencia o discapacidad	0 personas	1 persona	1 personas		
Menores de 18 años	De 60 años o más	Dependencia o discapacidad						
0 personas	1 persona	1 personas						

Ingresos del hogar	
<p>Ingresos del trabajo: menor que \$50.000</p> <p>Ingresos de pensiones: entre \$265.000 y \$325.000</p> <p>Ingresos de capital: menor que \$50.000</p> <p>En base a información disponible de los últimos 12 meses.</p>	<p>Total Ingresos del hogar Entre \$265.000 y \$325.000</p>

Datos Complementarios

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar.

Se recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la página web www.registrosocial.gob.cl o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

registrosocial.gob.cl	800 104 777	Oficinas Chile Atiende	Municipalidad
------------------------------------------------------------------	-------------	------------------------	---------------

Esta cartola fue impresa el 27 de Julio a las 12:00 hrs. desde la I.Municipalidad de Alto Hospicio



REGISTRO DE BENEFICIOS

FOLIO : 45817

N.I.S. 0014337
NOMBRE BENEFICIARIO : MUÑOZ PÉREZ MARIO ORLANDO
CALLE EL MIRADOR 3686 3 301

FECHA 27/07/2023

GLOSA SOLICITUD DE APOYO EN LA COMPRA DE MEDICAMENTOS DE USO PERMANENTE

Beneficio	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
00	SOLICITUD DE SUBVENCION	1	1		

TOTAL BENEFICIOS \$

ASISTENTE SOCIAL JOYCE VERGARA



CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

27/07/2023

17:58:25

N.I.S.	0014337	R.U.N.	5783755-1		
NOMBRE BENEFICIARIO :	MUÑOZ	PÉREZ	MARIO ORLANDO		
CALLE	EL MIRADOR		3686	3	301
NRO. F.P.S.	41582096	PUNTOS	40		
INGRESOS	300,000	PERCAPITA	300,000	INTEGRANTES	1
Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social	
29585	28/04/2020	SOLICITA MERCADERIA AS CLAUDIA MELLADO	15,450	JOYCE VERGARA	
12109	23/11/2022	SOLICITA AYUDA SOCIAL EN LA COMPRA DE MEDIC		JOYCE VERGARA	
12536	21/12/2022	SOLICITA APOYO CON MEDICAMENTOS AS JOYCE \	137,359	JOYCE VERGARA	
15817	27/07/2023	SOLICITUD DE APOYO EN LA COMPRA DE MEDICAM		JOYCE VERGARA	
TOTAL BENEFICIOS \$			152,809		