



REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECCIÓN MUNICIPAL

Alto Hospicio, 13 de junio de 2023.-
DECRETO ALC. N° 4.223.-

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 escasez 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 05 de junio de 2023, de doña **Carmen Elena Arboleda**; **Informe Social** de fecha 02 de junio de 2023, de doña **Jeannet Paola Pérez Guerra**; **Informe Social**, de fecha 05 de junio de 2023, de doña **Maridza Sonia Gutiérrez Mamani**; Memorandum N° 2.211, de fecha 05 de junio de 2023, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que contiene el correspondiente **Visto Bueno del Alcalde** de Alto Hospicio, **Visto Bueno de la Dirección de Administración y Finanzas**, Instrucciones y los antecedentes que configuran la procedencia de la ayuda social que se indica a continuación; Que, atendida las consideraciones precedentes y los medios idóneos de que dispone ésta Administración activa, resulta procedente que el municipio entregue la ayuda económica de que se trata.

DECRETO:

1.- Ofrecese por concepto de ayuda social el siguiente aporte en dinero, a quienes se individualizan a continuación, atendida las razones y fundamentos que da cuenta la documentación anexa al presente Decreto:

- Sra. **Carmen Elena Arboleda**, la suma de **\$150.000.- (Ciento cincuenta mil pesos)**. Gírese el correspondiente Cheque por la Dirección de Administración y Finanzas a nombre de doña **María del Pilar Zagal Chávez**, Directivo Grado 5º EMS.

- Sra. **Jeannet Paola Pérez Guerra**, la suma de **\$300.000.- (Trescientos mil pesos)**. Gírese el correspondiente Cheque por la Dirección de Administración y Finanzas a nombre de doña **María del Pilar Zagal Chávez**, Directivo Grado 5º EMS.

- Sra. **Maridza Sonia Gutiérrez Mamani**, la suma de **\$100.000.- (Cien mil pesos)**. 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.- 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**.

3.- 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 **José Jesús Valenzuela Díaz**, Secretario Municipal. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-

JOSÉ JESÚS VALENZEULA DÍAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

WD/ipm
Distribución:

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



4577

RECIBIDO
SECRETARIA MUNICIPAL
13 JUN 2023 1942
HORA: 13 / 11



MEMORANDUM N.º 2211/2023
Alto Hospicio, 05 de junio 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

DA N.º	4223
FECHA	13.06.23
SECRETARIA MUNICIPAL	



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

- **Sra. Carmen Elena Arboleda**, por un monto de **\$150.000**, para costear gastos relacionados a la compra de exámenes médicos.
- **Sra. Jeannet Paola Pérez Guerra**, por un monto de **\$300.000**, para costear gastos relacionados a la compra de exámenes médicos y medicamentos.
- **Sra. Maridza Sonia Gutiérrez Mamani**, por un monto de **\$100.000**, para costear gastos relacionados a la compra de examen médico.

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

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

MARÍA 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 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.

Ver pp
8/6/23



DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA
ÁREA MUNICIPAL

Fecha 09-06-23 Hora 10:51

N° CTA. 215-24-01-007

Saldo Anterior \$ 89.828.089

Solicitud \$ 550.000

Saldo Final \$ 89.278.089

34.



Resumen Caso Social

Nombre del/la solicitante Carmen Elena Arboleda
Actividad Pensionada
Edad 71 años
Ingresos \$206.173.-

Calificación 40% con menores de ingresos.

Situación Actual Sra. Carmen de 71 años de edad. Tipología familiar unipersonal, Actualmente reside en calidad de Ocupación Irregular en las Tomas San Lorenzo La Quebrada. Económicamente la referida pertenece al 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, se sustenta gracias a la pensión de invalidez que percibe y a través de actividades independiente que realiza, ingresos los cuales son destinados mayormente al pago de insumos, compra de alimentos y medicamentos.

En términos de morbilidad la referida señala que sufre de fibromialgia, trombosis, posible cáncer (evaluación y biopsia), artrosis, artritis, cálculos renales, hta y posee el 60% de discapacidad física, además operada recientemente de la vesícula; Sin embargo, hoy en día solicita apoyo municipal para poder realizar compra de examen médico solicitado por su médico tratante cuyo objetivo es poder otorgar una mejor calidad de vida.

Debido a lo antes expuesto se sugiere apoyar de manera inmediata a la referida con lo solicitado.

Documentos Adjuntos Informe Social
Cartola de beneficios
Copia cedula de identidad solicitante
Credencial de discapacidad
Orden medica
cotización exámenes
Registro social de hogares
Certificado de cotizaciones previsionales por AFC
Certificado de saldo de cuenta individual
Cotizaciones Afp



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



Multicultural

PROVIDENCIA: 2045
NIS:12084

Solicitud

Se solicita apoyo económico por \$ 150.000 mil pesos chilenos por concepto de compra de examen médico específicamente resonancia magnética columna lumbar, según orden medica adjunta.

Forma de Pago y N° de Cuenta

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

Nombre y Firma
Trabajador Social

del María José Zenteno Hidalgo
Asistente Social





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **ARBOLEDA 0 CARMEN ELENA** R.U.N. **24993420-8**
 Fecha de nacimiento **04/08/1951** Estado civil **Separado** Nacionalidad **Colombia**
 Previsión de Salud **Fonasa A** Escolaridad **Educación básica**
 Sexo : **Femenino** Profesión u oficio **TRABAJADOR INDEPENDIENTE**
 Domicilio **TOMA SAN LORENZO LA QUEBRADA** Nro. **310** Fono (recado) **964136070**
 Programa **NO** Registro Social de Hogares **50793025** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : **1** Ingreso per - Capita : **100,000** Total de ingresos \$ **100,000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ARBOLEDA 0 CARMEN ELENA	24993420-8	jefe/a de familia	01/01/2020	Educación básica	TRABAJADOR INDEPENL	100,000	Fonasa A

Asunto

Solicitud de Apoyo en el pago de examen médico específicamente resonancia magnética columna lumbar, según orden medica adjunta.

Situacion Social

Sra. Carmen de 71 años de edad. Tipología familiar unipersonal, Actualmente reside en calidad de Ocupación Irregular en las Tomas San Lorenzo La Quebrada.
 Económicamente la referida pertenece al 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, se sustenta gracias a la pensión de invalide que percibe y a través de actividades independiente que realiza, ingresos los cuales son destinados mayormente al pago de insumos, compra de alimentos y medicamentos.
 En términos de morbilidad la referida señala que sufre de fibromialgia, trombosis, posible cáncer (evaluación y biopsia), artrosis, artritis, cálculos renales, hta y posee el 60% de discapacidad física, además operada recientemente de la vesícula; Sin embargo hoy en día solicita apoyo municipal para poder realizar compra de examen medico solicitado por su medico tratante cuyo objetivo es poder otorgar una mejor calidad de vida.
 Debido a lo antes expuesto se sugiere apoyar de manera inmediata a la referida con lo solicitado.



MARIA JOSE ZENTENO HIDALGO
Nombre y Firma Asistente Social

cleyton@maho.cl

Fecha : **05/06/2023**



INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **ARBOLEDA 0 CARMEN ELENA** R.U.N. **24993420-8**
 Fecha de nacimiento **04/08/1951** Estado civil **Separado** Nacionalidad **Colombia**
 Previsión de Salud **Fonasa A** Escolaridad **Educación básica**
 Sexo : **Femenino** Profesión u oficio **TRABAJADOR INDEPENDIENTE**
 Domicilio **TOMA SAN LORENZO LA QUEBRADA** Nro. **310** Fono (recado) **964136070**
 Programa **NO** Registro Social de Hogares **50793025** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : **1** Ingreso per - Capita : **100,000** Total de ingresos \$ **100,000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ARBOLEDA 0 CARMEN ELENA	24993420-8	jefe/a de familia	01/01/2020	Educación básica	TRABAJADOR INDEPENEC	100,000	Fonasa A

Asunto

Solicitud de Apoyo en el pago de examen médico específicamente resonancia magnética columna lumbar, según orden medica adjunta.

Situación Social

Sra. Carmen de 71 años de edad. Tipología familiar unipersonal, Actualmente reside en calidad de Ocupación Irregular en las Tomas San Lorenzo La Quebrada.

Económicamente la referida pertenece al 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, se sustenta gracias a la pensión de invalide que percibe y a través de actividades independiente que realiza, ingresos los cuales son destinados mayormente al pago de insumos, compra de alimentos y medicamentos.

En términos de morbilidad la referida señala que sufre de fibromialgia, trombosis, posible cáncer (evaluación y biopsia), artrosis, artritis, cálculos renales, hta y posee el 60% de discapacidad física, además operada recientemente de la vesícula; Sin embargo hoy en día solicita apoyo municipal para poder realizar compra de examen medico solicitado por su medico tratante cuyo objetivo es poder otorgar una mejor calidad de vida.

Debido a lo antes expuesto se sugiere apoyar de manera inmediata a la referida con lo solicitado.

MARIA JOSE ZENTENO HIDALGO

Nombre y Firma Asistente Social

cleyton@maho.cl

Fecha : 05/06/2023





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **ARBOLEDA 0 CARMEN ELENA** R.U.N. **24993420-8**
 Fecha de nacimiento **04/08/1951** Estado civil **Separado** Nacionalidad **Colombia**
 Previsión de Salud **Fonasa A** Escolaridad **Educación básica**
 Sexo : **Femenino** Profesión u oficio **TRABAJADOR INDEPENDIENTE**
 Domicilio **TOMA SAN LORENZO LA QUEBRADA** Nro. **310** Fono (recado) **964136070**
 Programa **NO** Registro Social de Hogares **50793025** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : **1** Ingreso per - Capita : **100,000** Total de ingresos \$ **100,000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ARBOLEDA 0 CARMEN ELENA	24993420-8	jefe/a de familia	01/01/2020	Educación básica	TRABAJADOR INDEPENEC	100,000	Fonasa A

Asunto

Solicitud de Apoyo en el pago de examen médico específicamente resonancia magnética columna lumbar, según orden medica adjunta.

Situacion Social

Sra. Carmen de 71 años de edad. Tipología familiar unipersonal, Actualmente reside en calidad de Ocupación Irregular en las Tomas San Lorenzo La Quebrada.

Económicamente la referida pertenece al 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, se sustenta gracias a la pensión de invalide que percibe y a través de actividades independiente que realiza, ingresos los cuales son destinados mayormente al pago de insumos, compra de alimentos y medicamentos.

En términos de morbilidad la referida señala que sufre de fibromialgia, trombosis, posible cáncer (evaluación y biopsia), artrosis, artritis, cálculos renales, hta y posee el 60% de discapacidad física, además operada recientemente de la vesícula; Sin embargo hoy en día solicita apoyo municipal para poder realizar compra de examen medico solicitado por su medico tratante cuyo objetivo es poder otorgar una mejor calidad de vida.

Debido a lo antes expuesto se sugiere apoyar de manera inmediata a la referida con lo solicitado.

MARIA JOSÉ ZENTENO HIDALGO

Nombre y Firma Asistente Social

cleyton@maho.cl

Fecha : 05/06/2023





Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #50793025
Fecha Confirmación Ciudadano: 09/11/2017

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 25 de Marzo de 2023 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Mayo 2023

**Carmen Elena
Arboleda**

Calificación Socioeconómica

RUN:
24.993.420-8



Dirección del Hogar:
Av. Parque Oriente, Nro domicilio: 3, Sitio:
310, Alto Hospicio.

-Ingresos
+Vulnerabilidad

+Ingresos
-Vulnerabilidad

Agrupación Habitacional:
Tomas -Cp

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
24.993.XXX-X	Carmen Elena Arboleda	Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

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

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$215.000 y \$265.000
Ingresos de pensiones: entre \$145.000 y \$195.000
Ingresos de capital: menor que \$50.000

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

**Total Ingresos del hogar
Entre \$370.000 y \$450.000**

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 5 de Abril a las 09:05 hrs. desde la I.Municipalidad de Alto Hospicio



CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

05/06/2023

12:30:54

N.I.S.	0012084	R.U.N.	24993420-8
NOMBRE BENEFICIARIO :	ARBOLEDA	0	CARMEN ELENA
CALLE	TOMA SAN LORENZO LA QUEBRADA	310	
NRO. F.P.S.	50793025	PUNTOS	40
INGRESOS	100,000	PERCAPITA	100,000
		INTEGRANTES	1

Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social
25596	17/05/2019	SOLICITA AYUDA CON SUBVENCION ECONOMICA A	64,190	JOYCE VERGARA
27497	11/02/2020	SOLICITA APOYO EN MERCADERÍA,AS FRANCISCA (13,745	JOYCE VERGARA
27698	11/02/2020	SOLICITA APOYO CON MERCADERÍA,AS FRANCISCA/	14,691	JOYCE VERGARA
30149	27/05/2020	SOLICITA MERCADERIA AS CLAUDIA MELLADO	16,140	JOYCE VERGARA
33232	01/02/2021	SOLICITA COMPRA DE MEDICAMENTOS, AS CLAUDI	29,700	JOYCE VERGARA
34461	08/03/2021	SOLICITA MERCADERIA AS. CLAUIDA MELLADO	17,948	JOYCE VERGARA
37593	14/03/2022	SOLICITA APOYO MERCADERIA AS CLAUDIA MELLA	17,828	JOYCE VERGARA
37723	14/03/2022	SOLICITA APOYO MERCADERIA AS CLAUDIA MELLA	17,462	JOYCE VERGARA
11169	30/09/2022	SOLICITA APOYO PAGO DE EXAMEN AS JOYCE VER	59,600	JOYCE VERGARA
TOTAL BENEFICIOS \$			251,304	



Red de Atención
Primaria de Salud
Municipal
Alto Hospicio



ALTO HOSPICO
Municipalidad de Alto Hospicio

EXAMEN IMAGENOLÓGIA

Nombre: Carmen Abolencia

Rut: 24.993.470.F.

Sector: _____

Examen solicitado: MM. columna

Diagnostico: umbon

Observaciones: _____

Fecha: 04/04/22



 Daysa N. Astudillo Alvarado

 18.375.155-0

 Médica Cirujana

 FIRMA PROFESIONAL



Iquique, 04-04-2023

COTIZACION

CENTRO RADIOLOGICO PRAT, RUT: 76.413.685-3, representada por Felipe Torres Flores, Rut: 10.935.048-6, otorga el presente indicando lo siguiente:

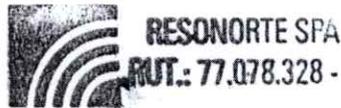
NOMBRE PACIENTE: CARMEN ELENA ARBOLEDA

RUT: 24.993.420-8

RESONANCIA MAGNETICA COLUMNA LUMBAR

FONASA \$98.100

Se otorga el presente solicitado por el paciente para los fines que estime conveniente.



FELIPE TORRES FLORES
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO RADIOLOGICO PRAT

Casa Matriz: Manuel Rodríguez 842 • Teléfono: 57 2503890 ☎+569 32065482 • contacto@cemprat.cl - IQUIQUE

Manuel Rodríguez #842 Teléfono: 57- 2760670
Email: contacto@cdprat.cl
www.cdprat.cl



Hospital "Dr. Ernesto Torres G."
Consultorio de Especialidades
"Dr. Tito Torres Toro"

CERTIFICADO

El Médico que suscribe certifica que:

Paciente Sr(a): Carmen Arbolada Arbolada

Rut: 24993420-8

Fecha de Nacimiento: 04-08-1951

Ficha Clínica: 203918

Diagnóstico: FIBROMIALGIA

Quién se encuentra en control en la Unidad de Reumatología

Se extiende el presente certificado a solicitud del(la) paciente para ser

presentado en donde el paciente concierne presentarse

Dra. Diana G. Acevedo
REUMATOLOGO

Médico Tratante
Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames"
Iquique

Iquique, 07 de Mayo 2014

HOJA DE INTERCONSULTA

Nombre: Carla en arbolado

Edad: 67 Años

Enviado del Servicio de: Reumatología

Al Servicio de: salud mental APS

DIAGNOSTICO CLINICO: 1) ds. depresión 2) Fibromialgia

3) anter. de trastorno mesentérico

PRINCIPAL SINTOMATOLOGIA:

pac. con trastorno del sueño, con
ánimo fluctuante

SE DESEA SABER:

Evaluación

actu

07 de 09 de 18

Dra. Beatriz Urrutia L.
Reumatóloga
Rut: 13.689.739-K
RCM: 28475-0/

Firma y Nombre del Médico

(Informe a la vuelta)

del Médico

HOJA DE INTERCONSULTA

24.993.420-8.

Nombre: Carmen Arbolde Edad: _____ Años

Enviado del Servicio de: Geniaba (Ser)

Al Servicio de: Geniaba

DIAGNOSTICO CLINICO: Lesion lupopigmentada
de cancer?

PRINCIPAL SINTOMATOLOGIA: _____

SE DESEA SABER: Evaluación y
biopsia

15 de 11 de 21

Dr. Carlos Caorsi Saelzer
8.500.705-1

Firma y Nombre del Médico

(Informe a la vuelta)

Resolución de Certificación de Discapacidad

Mat: Certificación de Discapacidad. Acoge

VISTOS:

Lo dispuesto en el Art 13, de la Ley 20.422 de 2010; en el DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N°2.763/79, y en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y sus SEREMI aprobado por el DS N°136/04; Decreto Supremo N°43 de 27 de marzo de 2018 sobre nombramiento del Seremi de Salud de Tarapacá y la(s) Resolución(es) del Presidente de COMPIN N°754/2016 y

CONSIDERANDO:

1º. La Solicitud de Certificación de Discapacidad: N°1025, de fecha **23 de septiembre de 2019**, presentada por, o en representación de D. **CARMEN ELENA ARBOLEDA**, RUN **24.993.420-8**, Fecha de Nacimiento **04/08/1951**, Edad **68 años, 1 meses**, Sexo: F: , M:

2º. La evaluación de los Antecedentes efectuados por la Comisión de Discapacidad de esta COMPIN o Subcomisión, en Comisión N°38 de fecha **24 de septiembre de 2019**.

SE CERTIFICA:

Que D. **CARMEN ELENA ARBOLEDA**, domiciliado en **CALLE LA QUEBRADA N°310**, Comuna **ALTO HOSPICIO**, con dirección de envío de credencial **BOLIVAR N°482**, Comuna **IQUIQUE**.

Es portador de una Discapacidad:

ORIGEN.

Origen Principal	Marcar solo uno	Orígenes Secundarios	
Físico	<input checked="" type="checkbox"/>	Físico	
Sensorial Visual	<input type="checkbox"/>	Sensorial Visual	<input checked="" type="checkbox"/>
Sensorial Auditivo	<input type="checkbox"/>	Sensorial Auditivo	
Mental Psíquico	<input type="checkbox"/>	Mental Psíquico	
Mental Intelectual	<input type="checkbox"/>	Mental Intelectual	

DISCAPACIDAD.

Porcentaje de Discapacidad	60,0%
Grado de Discapacidad	SEVERO
Reevaluar en	5 AÑOS

MOVILIDAD REDUCIDA.

	Si	No
Presenta Movilidad Reducida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respecto de lo resuelto podrán de manera fundada, y en base a antecedentes nuevos o complementarios, requerir por ~~una~~ vez la revisión de la certificación anteriormente realizada ante la misma COMPIN o Subcomisión.


WALU WARGAS RAMIREZ
Ministro de Fe Comisión
Comisión Medicina Preventiva Invalidez
Seremi de Salud Región de Tarapacá


DR. MARA CARRILLO PEREZ
Presidente
Comisión Medicina Preventiva Invalidez
Seremi de Salud Región de Tarapacá

Distribución:

- Registro Civil e Identificación
- Archivo.

CERTIFICADO DE COTIZACIONES

AFP PlanVital S.A., certifica que a la fecha, CARMEN ELENA ARBOLEDA , R.U.T.: 24.993.420-8

Domicilio: LAS TOMAS SAN LORENZO 310, ALTO HOSPICIO, IQUIQUE, PRIMERA REGION

Registra en su Cuenta Obligatoria las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 06-2022 y 06-2023

Periodo	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			

Sin información

Se extiende el presente Certificado a petición de la persona interesada, para los fines que estime conveniente, excluyendo su presentación en Tribunales para formular un Reclamo de Cobranza de Cotizaciones Previsionales, Ley 20.023.

Fondo A	Fondo B	Fondo C	Fondo D	Fondo E
Más Riesgoso	Riesgoso	Intermedio	Conservador	Más Conservador

Este Certificado tiene una validez de 30 días a contar desde su fecha de emisión. La persona a la cual sea entregado, puede comprobar su validez ingresando a www.planvital.cl, sección Servicio al Cliente y opción "Validador de Certificados".



CERTIFICADO DE COTIZACIONES

AFP PlanVital S.A., certifica que a la fecha, CARMEN ELENA ARBOLEDA , R.U.T.: 24.993.420-8

Domicilio: LAS TOMAS SAN LORENZO 310, ALTO HOSPICIO, IQUIQUE, PRIMERA REGION

Registra en su Cuenta Obligatoria las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 06-2019 y 06-2023

Periodo	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
Sin información							

Se extiende el presente Certificado a petición de la persona interesada, para los fines que estime conveniente, excluyendo su presentación en Tribunales para formular un Reclamo de Cobranza de Cotizaciones Previsionales, Ley 20.023.

Fondo A	Fondo B	Fondo C	Fondo D	Fondo E
Más Riesgoso	Riesgoso	Intermedio	Conservador	Más Conservador

Este Certificado tiene una validez de 30 días a contar desde su fecha de emisión. La persona a la cual sea entregado, puede comprobar su validez ingresando a www.planvital.cl, sección Servicio al Cliente y opción "Validador de Certificados".



CERTIFICADO COTIZACIONES

AFP PLANVITAL S.A., certifica que a la fecha, la Sra. :

CARMEN ELENA ARBOLEDA

R.U.T.: 24.993.420-8

DOMICILIO: Las Tomas San Lorenzo 310, Alto Hospicio, Iquique, Primera Region

Registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 05/1981 y 06/2023

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
04-2019	COTIZACION NORMAL	10/05/2019	6.690	0,20	33.109,53	80.571.500-6	D
03-2019	COTIZACION NORMAL	05/04/2019	11.120	0,34	32.827,89	80.571.500-6	D
02-2019	COTIZACION NORMAL	06/03/2019	11.320	0,35	32.028,92	80.571.500-6	D
03-2018	COTIZACION NORMAL	06/04/2018	27.600	0,90	30.527,38	9.754.426-3	D
02-2018	COTIZACION NORMAL	13/03/2018	27.600	0,91	30.413,97	9.754.426-3	D
01-2018	COTIZACION NORMAL	13/02/2018	27.600	0,92	30.074,14	9.754.426-3	D
12-2017	COTIZACION NORMAL	13/01/2018	27.000	0,89	30.230,27	9.754.426-3	D
11-2017	COTIZACION NORMAL	11/12/2017	27.000	0,90	29.932,93	9.754.426-3	D
10-2017	COTIZACION NORMAL	10/11/2017	27.000	0,90	30.113,85	9.754.426-3	D
09-2017	COTIZACION NORMAL	13/10/2017	27.000	0,91	29.739,00	9.754.426-3	D
08-2017	COTIZACION NORMAL	13/09/2017	27.000	0,90	30.081,41	9.754.426-3	D
07-2017	COTIZACION NORMAL	12/08/2017	27.000	0,90	30.069,11	9.754.426-3	D
06-2017	COTIZACION NORMAL	10/07/2017	26.400	0,88	30.077,51	9.754.426-3	D
05-2017	COTIZACION NORMAL	13/06/2017	26.400	0,87	30.330,12	9.754.426-3	D
04-2017	COTIZACION NORMAL	13/05/2017	26.400	0,87	30.179,78	9.754.426-3	D
03-2017	COTIZACION NORMAL	12/04/2017	26.400	0,88	29.967,35	9.754.426-3	D
02-2017	COTIZACION NORMAL	13/03/2017	26.400	0,90	29.473,63	9.754.426-3	D
01-2017	COTIZACION NORMAL	13/02/2017	26.400	0,90	29.287,34	9.754.426-3	D

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
01-2017	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	09/02/2017	25.898	0,89	29.257,61	61.601.000-K	D
12-2016	COTIZACION NORMAL	13/01/2017	5.150	0,18	29.177,09	9.754.426-3	D
11-2016	COTIZACION NORMAL	12/12/2016	20.600	0,72	28.419,11	9.754.426-3	D
10-2016	COTIZACION NORMAL	12/11/2016	25.750	0,90	28.467,84	9.754.426-3	D
09-2016	COTIZACION NORMAL	11/10/2016	25.750	0,88	29.107,79	9.754.426-3	D
08-2016	COTIZACION ATRASADA	17/09/2016	25.750	0,89	28.941,35	9.754.426-3	D
07-2016	COTIZACION NORMAL	10/08/2016	25.750	0,90	28.482,23	9.754.426-3	D
06-2016	COTIZACION NORMAL	12/07/2016	25.000	0,89	28.215,89	9.754.426-3	D
05-2016	COTIZACION NORMAL	10/06/2016	25.000	0,89	28.137,60	9.754.426-3	D
04-2016	COTIZACION NORMAL REZAGADO	10/05/2016	25.000	0,89	28.201,13	9.754.426-3	D
03-2016	COTIZACION NORMAL REZAGADO	08/04/2016	25.000	0,89	28.201,13	9.754.426-3	D
02-2016	COTIZACION NORMAL REZAGADO	07/03/2016	25.000	0,89	28.201,13	9.754.426-3	D
01-2016	COTIZACION NORMAL REZAGADO	13/02/2016	25.000	0,89	28.201,13	9.754.426-3	D
12-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	13/01/2016	24.100	0,85	28.201,13	9.754.426-3	D
12-2015	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	20/06/2016	16.870	0,60	28.096,41	76.293.320-9	D
11-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	13/12/2015	24.100	0,85	28.201,13	9.754.426-3	D
10-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	06/11/2015	24.100	0,86	28.201,13	9.754.426-3	D
09-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	09/10/2015	24.100	0,85	28.201,13	9.754.426-3	D
08-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	10/09/2015	24.100	0,85	28.201,13	9.754.426-3	D
07-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	05/08/2015	24.100	0,86	28.201,13	9.754.426-3	D
06-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	09/07/2015	22.500	0,80	28.201,13	9.754.426-3	D
05-2015	COTIZACION NORMAL	09/06/2015	25.087	0,76	32.884,46	9.754.426-3	D
04-2015	COTIZACION NORMAL	08/05/2015	25.087	0,76	32.884,46	9.754.426-3	D
03-2015	COTIZACION NORMAL	13/04/2015	25.035	0,76	32.884,46	9.754.426-3	D
02-2015	COTIZACION NORMAL	10/03/2015	25.087	0,76	32.884,46	9.754.426-3	D
01-2015	COTIZACION NORMAL REZAGADO	13/02/2015	25.033	0,76	32.884,46	9.754.426-3	D

12-2014	COTIZACION NORMAL REZAGADO	08/01/2015	25.087	0,76	32.884,46	9.754.426-3	D
---------	-------------------------------	------------	--------	------	-----------	-------------	---

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada, para los fines que estime conveniente, excluyendo su presentación en tribunales para formular un reclamo de cobranza de cotizaciones previsionales, Ley 20.023.

FONDO A	FONDO B	FONDO C	FONDO D	FONDO E
MAS RIESGOSO	RIESGOSO	INTERMEDIO	CONSERVADOR	MAS CONSERVADOR

Este certificado tiene una validez de 30 días a contar desde su fecha de emisión. La persona a la cual sea entregado, puede comprobar su validez, ingresando a www.planvital.cl presionando el link "Validador de certificados".



CERTIFICADO DE COTIZACIONES PREVISIONALES ACREDITADAS DE CUENTA INDIVIDUAL POR CESANTÍA

AFC CHILE S.A. certifica que la Cuenta Individual por Cesantía, perteneciente al Afiliado Señor(a) **CARMEN ELENA ARBOLEDA X**, RUT- **24.993.420-8**, domiciliado en **calle la quebrada 310, ALTO HOSPICIO iquique** , registra las siguientes cotizaciones durante los años 2022 y 2023:

Período	Rut Empleado	Rut Empleador	Razon Social	Renta Imponible	Monto Cotizado	Fecha de Pago
Febrero	2023	76.391.080-6	PRO CLEAN EIRL	\$311.266	\$8.715	07/03/2023
Marzo	2023	76.391.080-6	PRO CLEAN EIRL	\$329.712	\$9.232	13/04/2023
Abril	2023	76.391.080-6	PRO CLEAN EIRL	\$309.642	\$8.670	09/05/2023
Total Cotizaciones					\$26.617	

Se extiende el presente certificado a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.

Sociedad Administradora de Fondos de Cesantía de Chile II S.A.
Maria José Fernandez Zarate

AFC CHILE II S.A.
Sucursal
Alto Hospicio

SANTIAGO (6108) , jueves 1 de junio de 2023

**CERTIFICADO DE COTIZACIONES PREVISIONALES
ACREDITADAS DE CUENTA INDIVIDUAL POR CESANTÍA**

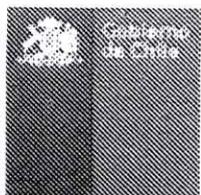
AFC CHILE S.A. informa que la Cuenta Individual por Cesantía, perteneciente al Afiliado Señor(a) **CARMEN ELENA ARBOLEDA X**, RUT **24.993.420-8**, no registra cotizaciones durante el año 2021.:

Se extiende el presente certificado a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.



AFC CHILE II S.A.
Sucursal
Alto Hospicio

Sociedad Administradora de Fondos de Cesantía de Chile II S.A.
Maria José Fernández Zarate



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **CARMEN ELENA ARBOLEDA**, RUN **24993420-8**, 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.



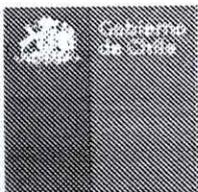
Camilo Cid Pedraza
Director
Fondo Nacional de Salud

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

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

Fecha Emisión: 01/06/2023

Código de Verificación: 718445900



CERTIFICADO DE COTIZACIONES

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 01/06/2023

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) **CARMEN ELENA ARBOLEDA**, RUN **24993420-8**, correspondientes al período de 06-2021 a 06-2023.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
76391080-6	PRO CLEAN EIRL	04-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$195,511	\$1,955	18	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	09-05-2023
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	04-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$206,173	\$14,432	30	PENSION		01-04-2023
76391080-6	PRO CLEAN EIRL	03-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$184,455	\$1,845	16	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	13-04-2023
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	03-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$206,173	\$14,432	30	PENSION		01-03-2023
76391080-6	PRO CLEAN EIRL	02-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$311,266	\$3,113	27	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	07-03-2023
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	02-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$206,173	\$14,432	30	PENSION		01-02-2023
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	01-2023	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-01-2023
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	12-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-12-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	11-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-11-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	10-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-10-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	09-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-09-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	08-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-08-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	07-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$193,917	\$13,574	30	PENSION		01-07-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	06-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$8,917	\$624	30	PENSION		01-06-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	06-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-06-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	05-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-05-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	04-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-04-2022



CERTIFICADO DE COTIZACIONES

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 01/06/2023

El FONDO NACIONAL DE SALUD dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) **CARMEN ELENA ARBOLEDA**, RUN **24993420-8**, correspondientes al período de 06-2021 a 06-2023.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	03-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-03-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	02-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$185,000	\$12,950	30	PENSION		01-02-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	01-2022	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$178,352	\$12,485	30	PENSION		01-01-2022
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	12-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$166,518	\$11,656	30	PENSION		01-12-2021
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	11-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$166,518	\$11,656	30	PENSION		01-11-2021
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	10-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$166,518	\$11,656	30	PENSION		01-10-2021
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	09-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$166,518	\$11,656	30	PENSION		01-09-2021
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	08-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$166,518	\$11,656	30	PENSION		01-08-2021
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	07-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$166,391	\$11,647	30	PENSION		01-07-2021
98001200-K	A.F.P. PLANVITAL S.A.	06-2021	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$160,455	\$11,232	30	PENSION		01-06-2021

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 288001526

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.

LIQUIDACION DE PAGO DE PENSIONES

01/06/2023

RECEPTOR

RUT : 24.993.420-8 / ARBOLEDA CARMEN ELENA
 LUGAR DE PAGO : DEPOSITO EN CUENTA BANCARIA / BANCO ESTADO

CAUSANTE

RUT : 24.993.420-8 / ARBOLEDA CARMEN ELENA
 DIRECCION : LAS TOMAS SAN LORENZO 310, ALTO HOSPICIO
 CIUDAD : IQUIQUE

FEC. PAGO	PERIODO PAGO	PENSION/UF	VALOR U.F.	N° CARGAS	PROX. PAGO
19/05/2023	MAYO / 2023	0,00	35.991,13	0	20/06/2023

TIPO PENSION	MODALIDAD PENSION	FINANCIAMIENTO	INSTITUCION DE SALUD
VEJEZ EDAD	RETIRO PROGRAMADO y PGU	FDO.PENSIONES	FONASA

HABERES		DESCUENTOS	
PENSION	\$ 0	COTIZACION SALUD	\$ 14.432
GARANTIA ESTATAL	\$ 0	+ Bonificación Fiscal Salud, Ley 20531	\$ 14.432
COMPLEMENTO A PENSION MINIMA	\$ 0	+ Bonificación Fiscal Salud, Ley 20532 Otros Mese	\$ 0
BONO POR HIJO MENSUAL	\$ 0	TOTAL COTIZACION LEGAL SALUD A PAGAR	\$ 0
BONO LABORAL	\$ 0	COTIZACION ADICIONAL SALUD	\$ 0
APORTE SOLIDARIO	\$ 0	IMPUESTOS	\$ 0
PENSION GARANTIZADA UNIVERSAL	\$ 206.173	COMISION	\$ 0
BONO COMPENSATORIO	\$ 0	APORTE C.C.A.F.	\$ 0
OTROS HABERES	\$ 74.767	OTROS DESC.	\$ 0
HABERES PGU PERIODO ANTERIOR	\$ 0	CREDITO COOPERATIVA	\$ 0
		AHORRO COOPERATIVA	\$ 0
		CUOTA PARTICP. COOPERATIVA	\$ 0
		CUOTA SOCIO COOPERATIVA	\$ 0
		DESCUENTOS PGU PERIODO ANTERIOR	\$ 0

TOTAL BRUTO AFP	\$ 0	TOTAL DESC. REALIZADOS POR AFP	\$ 0
TOTAL BRUTO IPS	\$ 0	TOTAL DESC. REALIZADOS POR IPS	\$ 0
TOTAL HABERES	\$ 280.940	TOTAL DESCUENTOS	\$ 0

PENSION NETA	\$ 280.940
ASIGNACION FAMILIAR	\$ 0
MONTO LIQUIDO AFP	\$ 74.767
MONTO LIQUIDO IPS	\$ 206.173

MONTO LIQUIDO A PAGAR DEL MES \$ 280.940



A.F.P. PLANVITAL S.A
 IQUIQUE

NOMBRE EMISOR : Beatriz Díaz Maccha



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

OFICINA DE PARTES

PROVIDENCIA NRO.: **002045 // 2023**

FECHA : 05/04/2023 11:45:55
REMITENTE : CARMEN ELENA ARBOLEDA
NOMBRE : CARMEN ELENA ARBOLEDA / 24.993.420-8
CARGO :
INSTITUCION :
REFERENCIA : SOLICITUD ECONOMICA PARA PODER COSTEAR EL PAGO DE EXAMEN.

*

Celular / Email 9 64136070 @
Dirección TOMA SAN LORENZO

DERIVADO A:	TIPO DERIVACION
- ALCALDIA	TOMAR CONOCIMIENTO
- DIDECO	TOMAR ACCION

NOTA : *



Clave : 4D712B7838304746364B4271



ALCALDE

ALCALDE

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

PATRICIO FERREIRA RIVERA



SR. ALCALDE ME DIRIJO A USTED A TRAVES DE LA PRESENTE CARTA, MI NOMBRE ES: CARMEN ELENA ARBOLEDA, RUT: 24.993.420-8, Y VENGO A SOLICITARLE A USTED LO SIGUIENTE:

Solicitud económica para poder costear el pago de examen, debido a un lumbago que tengo, el examen cuesta 98.100, no cuento con el dinero tengo para poder costear este gasto, mis ingresos corresponden a lo que recibo como personal de aseo, ingresos que son mayormente destinados a los gastos de insumos básicos, mercadería, locomoción, gas. Es por mi situación por la cual solicito la ayuda económica.

SE DESPIDE Y DE ANTE MANO GRACIAS POR SU ATENCION

ATTE.

NOMBRE: Carmen Elena Arboleda

RUT: 24.993.420-8

DIRECCIÓN: Toma San Lorenzo

TELEFONO: 9 64136070



Carmen Elena Arboleda

FIRMA



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO

 *Multicultural*

PROVIDENCIA:

003387

NIS: 0018401

Resumen Caso Social

Nombre del/la solicitante	Jeannet Paola Pérez Guerra
Actividad	Independiente
Edad	55 años
Ingresos	\$314.000.-
Folio RSH	40531358
Calificación	40% con menores de ingresos.
Situación Actual	<p>Sra. Jeannet Pérez de 55 años de edad, de tipología familiar monoparental extensa, separada de hecho, vive junto a su hija, yerno y 2 nietas , grupo familiar domiciliado en calidad de allegado en Avda. Cerro Esmeralda en la comuna de Alto Hospicio.</p> <p>Económicamente su hogar está calificado en el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, por tanto, la referida depende de los ingresos que percibe en la labor independiente desde el domicilio en la venta de repostería, su yerno ejerce la función de soldador en una compañía minera productora de sal e hija se desarrolla de administrativa en empresa que arriendan baños químicos. Dichos ingresos son destinados mayormente al pago de arriendo de la propiedad, insumos básicos, compra de alimentos, medicamentos, suplemento alimenticio y útiles de aseo e higiene.</p> <p>En términos de morbilidad la referida padece hipertensión arterial (HTA) y diverticulitis (problemas al colón) esta ultima patología diagnosticada hace 2 años, acudiendo a centro de salud Cefam Dr. Pedro Pulgar Melgarejo los días 23.05.23 y 01.06.23 con síntomas por dolor abdominal tipo cólico, fiebre y nauseas.</p> <p>Es así que, con frecuencia se requieren análisis de laboratorio o estudios de diagnostico por imágenes, el tratamiento consiste en cuidados paliativos con evaluación y</p>



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



Multicultural

PROVIDENCIA:

003387

NIS: 0018401

administración de medicamentos, por tanto la indicada solicita apoyo en las dependencias municipales con subvención económica para costear gastos relacionados a examen de tomografía computarizada (TAC) de abdomen - pelvis con contraste y medicamento por 6 meses.

Se observa vulnerabilidad, sin redes de apoyo que pueda suplir dicha necesidad. Se sugiere apoyar.

Informe Social

Informes Médicos

Cedula de identidad

Documentos Adjuntos

Registro Social de Hogares

Cartola de Beneficios Sociales

Colilla de Pensión I.P.S.

Solicitud

Solicita ayuda económica por \$300.000.- para costear:

- Tomografía computarizada (TAC) de abdomen - pelvis con contraste.
- Olmesartán por 6 meses.

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

Aylyn Hernández Avilés

Trabajadora Social





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **PEREZ GUERRA JEANNET PAOLA** R.U.N. **10604008-7**
 Fecha de nacimiento **11/02/1968** Estado civil **Casado** Nacionalidad **Chile**
 Previsión de Salud **Fonasa A** Escolaridad **Educación media científico humanístico**
 Sexo : **Femenino** Profesión u oficio **DUEÑA DE CASA**
 Domicilio **AVDA. CERRO ESMERALDA** Nro. **3602** Fono (recado) **966256414**
 Programa **NO PARTICIPA** Registro Social de Hogares **40531358** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales 5. Allegado

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : **1** Ingreso per - Capita : **314,000** Total de ingresos \$ **314,000**

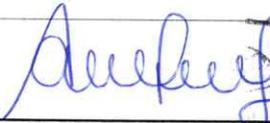
Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
PEREZ GUERRA JEANNET	10604008-7	jefe/a de familia	11/02/1968	Educación media científ	DUEÑA DE CASA	314,000	Fonasa A

Asunto

Solicita ayuda económica para costear examen de Tomografía computarizada (TAC) de abdomen - pelvis con contraste y medicamento Olmesartán por 6 meses.
Prov. 003387 (2023).

Situación Social

Sra. Jeannet Pérez de 55 años de edad, de tipología familiar monoparental extensa, separada de hecho, vive junto a su hija, yerno y 2 nietas, grupo familiar domiciliado en calidad de allegado en Avda. Cerro Esmeralda en la comuna de Alto Hospicio.
Económicamente su hogar está calificado en el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, por tanto, la referida depende de los ingresos que percibe en la labor independiente desde el domicilio en la venta de repostería, su yerno ejerce la función de soldador en una compañía minera productora de sal e hija se desarrolla de administrativa en empresa que arriendan baños químicos. Dichos ingresos son destinados mayormente al pago de arriendo de la propiedad, insumos básicos, compra de alimentos, medicamentos, suplemento alimenticio y útiles de aseo e higiene.
En términos de morbilidad la referida padece hipertensión arterial (HTA) y diverticulitis (problemas al colon) esta última patología diagnosticada hace 2 años, acudiendo a centro de salud Cesfam Dr. Pedro Pulgar Melgarejo los días 23.05.23 y 01.06.23 con síntomas por dolor abdominal tipo cólico, fiebre y náuseas.
Es así que, con frecuencia se requieren análisis de laboratorio o estudios de diagnóstico por imágenes, el tratamiento consiste en cuidados paliativos con evaluación y administración de medicamentos, por tanto la indicada solicita apoyo en las dependencias municipales con subvención económica para costear gastos relacionados a examen de tomografía computarizada (TAC) de abdomen - pelvis con contraste y medicamento por 6 meses.


MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
TRABAJADORA SOCIAL
DIDECO
 Nombre y Firma Asistente Social

ahernandez@maho.cl

Fecha : **02/06/2023**



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
OFICINA DE PARTES

PROVIDENCIA NRO.: 003387 // 2023

FECHA : **29/05/2023 14:02:18**
REMITENTE : JEANNET PEREZ
NOMBRE : JEANNET PEREZ / 10.604.008-7
CARGO : VECINO
INSTITUCION :
REFERENCIA : SOLICITUD DE APOYO ECONOMICO PARA EXAMANES MEDICOS Y CAJA DE MERCADERIA

*

Celular / Email 966256414 @
Dirección .

DERIVADO A:	TIPO DERIVACION
- ALCALDIA	TOMAR CONOCIMIENTO
- DIDECO	TOMAR ACCION

NOTA : *



Clave : 4D78477A577646544A645946

ALCALDE

ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
PATRICIO FERREIRA RIVERA



SR. ALCALDE ME DIRIJO A USTED A TRAVÉS DE LA PRESENTE CARTA, MI NOMBRE ES: *Jeanmet Pérez*
Guevara .RUT: *10.604.008-7* Y VENGO A SOLICITARLE A USTED LO SIGUIENTE:

Debido a que me encuentro sin trabajo y con una enfermedad que me diagnosticaron hace mas de 2 años, que es una Diverticulite aguda es que ahora ultimo no me he sentido muy bien fui al doc. del consultorio y me mando hacer un Scanner o tae para ver como esta mi Colon es muy importante que me aga lo antes posible ese examen y me afluje ya que no puedo costearlo por no contar con dinero, no quisiera que esto se agrabe es por eso que solicito esta ayuda y ademas quisiera saber si me puede ayudar con una Capita de mercederia estoy atravesando por una muy mala situacion al no contar con trabajo y enferma. gracias por su comprensión.

SE DESPIDE Y DE ANTE MANO GRACIAS POR SU ATENCIÓN.

ATTE.:

ahí adjunto examen
cotización
atenciones del Sr tortuga
una de las ultimas atenciones
ahora en mayo.

NOMBRE:

Jeanmet Pérez

RUT:

10.604.008-7

DIRECCIÓN:

Cerro Esmeralda #3602

TELÉFONO:

966256414



FIRMA



Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #40531358
Fecha Confirmación Ciudadano: 18/04/2007

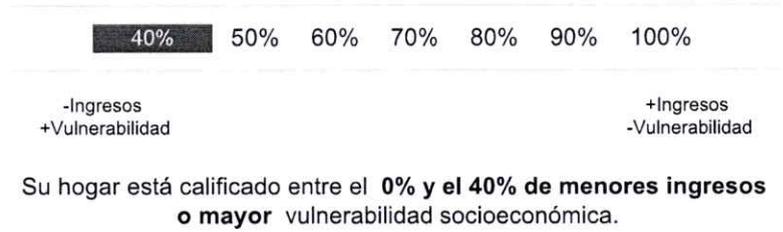
Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 25 de MAYO de 2023 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el 15 de Junio 2023

**Jeannet Paola
Pérez Guerra**

RUN:
10.604.008-7

Dirección del Hogar:
Avenida Cerro Esmeralda, Nro domicilio:
3602, Dpto: -, Block: -, 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
10.604.XXX-X	Jeannet Paola Pérez Guerra	Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

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

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: menor que \$50.000
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
Menor que \$50.000**

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 2 de Junio a las 10:40 hrs. desde la I.Municipalidad de Alto Hospicio

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Jeannet Paola Perez Guerra (Jeannet)
RUN: 10.604.008-7
Fecha Nacimiento: 11-02-1968
Edad: 55 año(s), 3 mes(es), 12 día(s)
Dirección: CERRO ESMERALDA 3602 block: NOINF
Villa o Población: Alto Hospicio
Comuna: Alto Hospicio

N° de Fichas:
Numero antiguo:
Previsión: Fonasa
Convenio: Fonasa B
Teléfono: 66256414
Sexo: Mujer
Nombre acompañante:

DATOS DE INGRESO DEL PACIENTE

Remitido por: Sus Medios
Centro Remitente: Pedro Pulgar [CGU]

MOTIVO CONSULTA

PROBLEMAS AL COLON/DIVERTICULITIS+HTA/ALERGICA AL ACIDO MEFENAMICO

Categorizaciones:

N°	Categ.	Fecha/Hora	Motivo Categ.	Funcionario
1	C5	23-05-2023 22:32	PROBLEMAS AL COLON/DIVERTICULITIS+HTA/ALERGICA AL ACIDO MEFENAMICO	CRISTINA MELLA ARAYA

Registro de Signos Vitales:

	Presión Arterial (mmHg)	Pulso (Pulsos/Minutos)	Saturación O2 (%)	Temperatura Axilar	Observaciones
Toma: 1 22:30:49	126/80	63	100	36	AA: ACIDO MEFENAMICO AM: DIVERTICULITIS-HTA

FECHA/HORA ATENCIÓN

23-05-2023 22:32

DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Anamnesis/Evolución

Fecha/Hora : 23-05-2023 23:06

Funcionario : Carlos Alberto Melendez Pulgar

- PX ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO
AM DE CONSTIPACION DIVERTICULITIS
AQX COLECISTECTOMIA

ALERGIA NIEGA
TENIA 2 DIAS SIN EVACUAR
TOMO LACTULOSA Y FUE AL BAÑO, SIN HEMATOQUESIA

BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, BIEN PERFUNDIDO, LLENADO CAPILAR <2SEG
PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS
FARINGE: NO CONGESTIVA, AMIGDALAS SIN EDEMA
SIN PLACAS DE PUS
CUELLO SIN ADENOPATIAS
MP (+) SRA, SIN UMA
CORAZON: RR: 2T NO AUSCULTO SOPLOS

DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Anamnesis/Evolución

ABDOMEN RSHA+, BLANDO, INDOLORO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MEGALIAS, SIGNOS APENDICULARES NEGATIVOS
EXTREMIDADES PULSOS PRESENTES. EDEMA (-) SIN SIGNOS DE TVP
NEUROLOGICO ORIENTADO EN TEP, CINCINATTI 0/3

Diagnósticos:

Diagnóstico (texto): COLITIS

Clasificación Diagnóstica CIE-10: Colitis y gastroenteritis no infecciosas, no especificadas - K52.9 (Principal) (Confirmado)

Pertinencia: Si GES: No Problema de Salud: _____

Indicaciones en la atención de urgencia:

Tipo de Solicitud	Fleboclisis	Artículo	Cantidad	Intervalo	Estado	Obs. de la Solicitud	Prescriptor	Func. realiza	Obs. realización
Colocacion Inyección Intramuscular	No	Metamizol Sodico Monohidrato 1 g/2 ml Solucion Inyectable , ampolla	1	1 vez	Realizado		23/05/2023 22:53:37 Carlos Alberto Melendez Pulgar	23/05/2023 22:55:54 Felipe Lopez Astudillo	
Colocacion Inyección Intramuscular	No	Metoclopramida Clorhidrato 10 mg/2 ml Solucion Inyectable , ampolla	1	1 vez	Realizado		23/05/2023 22:53:52 Carlos Alberto Melendez Pulgar	23/05/2023 22:55:56 Felipe Lopez Astudillo	

Indicaciones de Alta

DEJO TTO
EDUCO PATOLOGIA SOS SAR

Receta(s) Externa(s)

Receta	Prescripción	Observación
1	Metoclopramida 5 mg/ Simeticona 100 mg/ Clordiazepoxido 5 mg Comprimidos: 1 Comprimido cada 8 Horas por 3 Dias	
1	Metamizol Sodico 300 mg Comprimidos : 1 Comprimido cada 8 Horas por 3 Dias	

Equipo Clínico

Instrumento	Nombre Funcionario
Médico	Carlos Alberto Melendez Pulgar
Técnico Paramédico	CRISTINA MELLA ARAYA
Técnico Paramédico	Felipe Lopez Astudillo

FECHA DE ALTA: 23-05-2023

HORA ALTA: 23:07

Destino: Domicilio

Funcionario Egreso: Carlos Alberto Melendez Pulgar (Médico)

RUN Func. Egreso 26.466.000-9

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Jeannet Paola Perez Guerra (Jeannet)
RUN: 10.604.008-7
Fecha Nacimiento: 11-02-1968
Edad: 55 año(s), 3 mes(es), 20 día(s)
Dirección: CERRO ESMERALDA 3602 block: NOINF
Villa o Población: Alto Hospicio
Comuna: Alto Hospicio

N° de Fichas:
Numero antiguo:
Previsión: Fonasa
Convenio: Fonasa B
Teléfono: 66256414
Sexo: Mujer
Nombre acompañante:

DATOS DE INGRESO DEL PACIENTE

Remitido por: No Informado
Centro Remitente: Pedro Pulgar [CGU]

MOTIVO CONSULTA

FIEBRE/ DOLOR DE ESTOMAGO//AM: HTA

Categorizaciones:

N°	Categ.	Fecha/Hora	Motivo Categ.	Funcionario
1	C5	01-06-2023 08:44	FIEBRE/ DOLOR DE ESTOMAGO//AM: HTA	Claudio Egaña Maluenda

Registro de Signos Vitales:

	Presión Arterial (mmHg)	Pulso (Pulsos/Minutos)	Saturación O2 (%)	Temperatura Axilar
Toma: 1 08:40:22	124/80	78	98	36.9

FECHA/HORA ATENCIÓN

01-06-2023 08:44

DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Anamnesis/Evolución

Fecha/Hora : 01-06-2023 09:49

Funcionario : Eduardo Chacin Perez

- paciente quien inicia cuadro clínico el día 31/05/23 con dolor abdominal tipo lancinante, cefalea dolor region dorsal refiere que inicia con tos leve el dia 01/06/23, fiebre hasta 38°C niega vomitios.
am: hta, diverticulitis.
alergias: niega

Fecha/Hora : 01-06-2023 09:55

Funcionario : Eduardo Chacin Perez

- urotest: sin alteraciones.

Exploración Física

Examen Físico Segmentario Urgencias Fecha: 01-06-2023 09:52:56

01/06/2023 09:52:56 Examen: 1

Observación General	paciente eupneica, afebril hidratada llene capilar menor de 2 seg, torax: normoexpansible simétrico mv(+) sra. cv: rr2 tssa abdomen: rha(+) blando depresible doloroso a la palpacion en epigastrio blumberG(-) sin signos de irritacion peritoneal, neurologico: sin focalidad
---------------------	---

DATO ATENCIÓN URGENCIA

N° DAU 38629329

Correlativo 32868

Fecha Llegada 01-06-2023

Hora Llegada 08:20:00

Diagnósticos:

Diagnóstico (texto): sx viral.

Clasificación Diagnóstica CIE-10: Infección viral, no especificada - B34.9 (Principal) (Sospecha)

Pertinencia: Si GES: No Problema de Salud: _____

Indicaciones en la atención de urgencia:

Tipo de Solicitud	Fleboclisis	Artículo	Cantidad	Intervalo	Estado	Obs. de la Solicitud	Prescriptor	Func. realiza	Obs. realización
Urotest	No			1 vez	Realizado		01/06/2023 09:48:10 Eduardo Chacin Perez	01/06/2023 09:48:41 NOELIA MAMANI CASTRO	
Colocacion Inyección Intramuscular	No			1 vez	Realizado	ketorlaco 30 mg	01/06/2023 09:51:15 Eduardo Chacin Perez	01/06/2023 09:55:16 NOELIA MAMANI CASTRO	

Indicaciones de Alta

1. acudir a urgencia si presenta signo sde alarma
2. tomara budnates liquidiosm
3. seguir dieta liviana.

Receta(s) Externa(s)

Receta	Prescripción	Observación
1	Paracetamol 500 mg Comprimidos : 1 Comprimido cada 8 Horas por 3 Dias	
1	Lactulosa 65% Solucion Oral , frasco 1000 ml: 5 Mililitros cada 8 Horas por 1 Dias	sos constipacion.
1	Pargeverina Clorhidrato 5 mg/1 ml Solucion para gotas Orales , frasco 15 ml, (1 ml = 24 gotas=5mg) (Prescribe gotas): 20 Gotas cada 8 Horas por 3 Dias	

Equipo Clínico

Instrumento	Nombre Funcionario
Técnico en nivel superior en Salud	Claudio Egaña Maluenda
Médico	Eduardo Chacin Perez
Técnico Paramédico	NOELIA MAMANI CASTRO
Técnico en nivel superior en Salud	Cristina marisol Llanquinao Llanquinao

FECHA DE ALTA: 01-06-2023

HORA ALTA: 09:57

Destino: Domicilio

Funcionario Egreso: Eduardo Chacin Perez (Médico)

RUN Func. Egreso 27.127.933-7

Fecha de Suscripción

02/06/2023

>> Antecedentes del Afiliado

Apellido Paterno*	Apellido Materno*	Nombres*	Fecha Nacimiento*
			(ej: 25/12/1999)
Lugar de Nacimiento País*	Región*	Comuna*	Cédula de Identidad*
	Seleccione	Seleccione	10604008 7
Domicilio - Calle	Número	Depto/Block/Sector/Población/Villa	
Región	Comuna	Casilla	Correo de
Seleccione	Seleccione..		
Código Postal	Teléfono	E-mail	Autoriza Cartola por E-Mail
	56		Si
Sexo*	Estado Civil*	N° Cargas Familiares	Institución Previsional*
--	--		--
Nivel Educativo*	N° de Años Aprobados*		
Sin Información	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	Seleccione..	
Código Postal	Teléfono	E-mail
	56	
Lugar de Suscripción*	N° Hrs Trabajo Semanal*	
--		
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

CEFSAM
Sr. Pedro Pulgar Maspereolo
Hospicio



ALUD IQUIQUE

Nº 0731870

Paciente: Jeannet Perez Guerra
C.I.: 10 604 008 - 7 Edad Paciente: 55
Paciente: Dolor abdominal en estudio
Diagnóstico: Diversos cuadros
Tipología: 24-5-23 GES (si) (no)

IC de abdomen y
el US con contraste

9/04/23: 0.62


Dra. Yesenia Iriondo C.
Nombre y Firma Profesional
Médica Cirujana
REG. SIS 154769

Cotización examen
1tro medico norte imagen

Omen y Pelvis.

\$ 101.880.

raste.

\$ 30.000.


NORTE GRANDE SPA
78.690.841 - 1
*teléfono : 57-2463400 / 57-2466401 / 57-2466402



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Nº 0731869

Nombre Paciente: Juanet Perez Guerra

RUT. Paciente: W.604008-7 Edad Paciente: 55

Dirección Paciente: AH

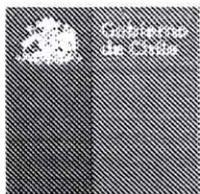
Diagnóstico Paciente: HTA

Fecha Prescripción: 24-5-23 GES (si) (no)

Rp.

Olmesartán 40mg
tomar 1 comprimido al día
x 6 meses

Dra. Yesenia Izóndo C.
Medica Cirujana
Nombre y Firma Profesional
REL. 513754799



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **JEANNET PAOLA PÉREZ GUERRA**, RUN **10604008-7**, 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: 02/06/2023
Código de Verificación: 3927345082

Certificado de Cotizaciones Cuenta de Cotizaciones Obligatorias

Fecha Solicitud: 02/06/2023

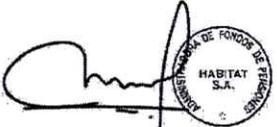
Nombre: JEANNET PAOLA PEREZ GUERRA

RUT: 10.604.008-7

Informamos a usted que en nuestros archivos no se encuentran registradas cotizaciones correspondientes a los períodos junio 2022 a mayo 2023.

Los pagos realizados dentro de un mes, se visualizan a más tardar, al mes siguiente.

Saluda atentamente a usted.



A.F.P. HABITAT



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN N° 300914662723

Certifico que el señor(a) JEANNET PAOLA PEREZ GUERRA, RUT N° 10604008-7 se encuentra incorporado(a) a A.F.P. HABITAT, con fecha 1 de Noviembre de 1995.

Lo anterior, de acuerdo con la información proporcionada a esta Superintendencia por las A.F.P., actualizada al último día hábil del mes de Abril de 2023.


OSVALDO MACÍAS MUÑOZ
SUPERINTENDENTE DE PENSIONES



300914662723

Santiago, 02 de Junio de 2023

DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

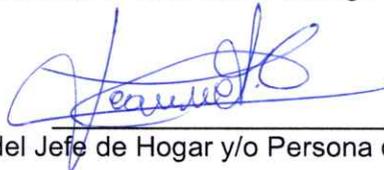
Nombre : Juanet Perez
 Rut : 90.604.008-7
 Domicilio : Cerro Esmeralda #3602
 Teléfono : 966.256414
 Ocupación : Independiente - Repostería

Declaración corresponde al gasto del mes de.....

DETALLE GASTO FAMILIAR	MONTO MENSUAL \$
Alimentación	40.000
Útiles de Aseo	20.000
Arriendo o Dividendo	25.000
Luz y Agua	100.000
Movilización	10.000
Combustible calefacción (gas, parafina, carbón, leña etc.)	30.000
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	-
Teléfono/s (celular/es , fijo/s)	29.000
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	-
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	40.000
Vestuario	20.000
Varios (recreación, deportes, combustible y mantenciones vehículo particular etc.)	-
TOTAL	314.000

Observaciones: Trabajo forma independiente en mi casa haciendo Repostería y aseo 2 veces por semana donde una vecina

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, se evaluará la entrega de la ayuda.



Firma del Jefe de Hogar y/o Persona que declara

Fecha: 02/06/23.....



CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

02/06/2023

10:40:31

N.I.S.	0018401	R.U.N.	10604008-7	
NOMBRE BENEFICIARIO :	PEREZ	GUERRA	JEANNET PAOLA	
CALLE	AVDA. CERRO ESMERALDA		3602	
NRO. F.P.S.	40531358	PUNTOS	40	
INGRESOS	500,000	PERCAPITA	250,000	
		INTEGRANTES	2	
Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social
1490	11/10/2022	SOLICITA APOYO MERCADERIA AS AYLYN HERNANI	22,205	AYLIN HERNANDEZ AVILES
1557	13/10/2022	SOLICITA APOYO COMPRA DE PAÑALES, TOALLAS I	199,320	AYLIN HERNANDEZ AVILES
TOTAL BENEFICIOS \$			221,525	



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



Multicultural

PROVIDENCIA: 2993
NIS: 16457

Resumen Caso Social

Nombre del/la solicitante	Maridza Gutierrez Mamani
Actividad	Comerciante Ambulante
Edad	39 años.
Ingresos	\$300.000.-
Folio RSH	50517393
Calificación	40% con menores ingresos
Situación Actual	<p>Doña Maridza Gutiérrez Mamani de 39 años de edad, madre soltera. Compone un núcleo familiar de tipología monoparental, conformado por sus dos hijas de 2 y 10 años de edad. Residen en el sector El Boro, en Toma San Lorenzo, ubicadas en Calle Huaracifña sitio 280-B. En términos económicos, la referida indica que percibe ingresos de sus actividades laborales en el comercio ambulante, del cobro del Subsidio Único Familiar (SUF) y del pago de pensión de alimento que otorga el progenitor de su hija mayor, por un monto de aproximadamente \$100.000.- pesos mensuales. Importante mencionar, que el progenitor de su hija menor falleció en un accidente automovilístico el 05 de Enero del 2021 en Bolivia.</p> <p>En términos de morbilidad, doña maridza presenta un diagnóstico de Cefalea con Banderas Rojas, debido que el 09 noviembre del 2021 sufrió un robo con violencia, recibiendo varios golpes en la cabeza. De acuerdo a lo anterior, es que la referida padece de constantes dolores de cabeza y requiere realizarse un examen de TAC de Cerebro con Contraste. Sin embargo, no cuenta con los medios económicos para costear dicho examen médico, por lo que solicita apoyo en la municipalidad.</p> <p>Se observa condición de carencia y vulnerabilidad, sin redes de apoyo familiar que puedan suplir esta necesidad.</p>
Documentos Adjuntos	<p>Informe Social. Cartola de Beneficios Sociales. Registro Social de Hogares. Cedula de Identidad. Receta Médica. Cotización.</p>
Solicitud	Solicita Subvención Económica por \$100.000.- para costear examen médico; TAC Cerebro con Contraste.



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



Multicultural

PROVIDENCIA: 2993
NIS: 16457

Forma de Pago y N° de
Cuenta

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

Nombre y Firma del
Trabajador Social

Diego Manuel Castillo Urenda
Trabajador Social





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **GUTIERREZ MAMANI MARIDZA SONIA** R.U.N. **23696803-0**
 Fecha de nacimiento **25/09/1983** Estado civil **Soltero** Nacionalidad **Bolivia**
 Previsión de Salud **Fonasa A** Escolaridad **Educación básica**
 Sexo : **Femenino** Profesión u oficio **COMERCIANTE AMBULANTE**
 Domicilio **TOMAS SAN LORENZO** Nro. **ST 280** Fono (recado) **954709937**
 Programa **SUBSIDIO ÚNICO FAMILIAR** Registro Social de Hogares **50517393** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : **3** Ingreso per - Capita : **100,000** Total de ingresos \$ **300,000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ANYELINA VIRTUD CASTILLO	24196628-3	Hijo/a sólo del jefe/a	13/02/2013	Educación básica	ESTUDIANTE		Fonasa A
GUTIERREZ MAMANI MARIDZA	23696803-0	jefe/a de familia	25/09/1983	Educación básica	COMERCIANTE AMBULANTE	300,000	Fonasa A
ROCIO BELEN GUTIERREZ	27581023-1	Hijo/a sólo del cónyuj	14/07/2021	Ninguno	LACTANTE		Fonasa A

Asunto

Solicita Subvención Económica por \$100.000.- para costear exámen médico; TAC Cerebro con Contraste. Providencia: 2993 (2023).

Situación Social

Doña Maridza Gutiérrez Mamani de 39 años de edad, madre soltera. Compone un núcleo familiar de tipología monoparental, conformado por sus dos hijas de 2 y 10 años de edad. Residen en el sector El Boro, en Toma San Lorenzo, ubicadas en Calle Huaracña sitio 280-B. En términos económicos, la referida indica que percibe ingresos de sus actividades laborales en el comercio ambulante, del cobro del Subsidio Único Familiar (SUF) y del pago de pensión de alimento que otorga el progenitor de su hija mayor, por un monto de aproximadamente \$100.000.- pesos mensuales. Importante mencionar, que el progenitor de su hija menor falleció en un accidente automovilístico el 05 de Enero del 2021 en Bolivia.

En términos de morbilidad, doña maridza presenta un diagnóstico de Cefalea con Banderas Rojas, debido que el 09 noviembre del 2021 sufrió un robo con violencia, recibiendo varios golpes en la cabeza. De acuerdo a lo anterior, es que la referida padece de constantes dolores de cabeza y requiere realizarse un exámen de TAC de Cerebro con Contraste. Sin embargo, no cuenta con los medios económicos para costear dicho exámen médico, por lo que solicita apoyo en la municipalidad.

Se observa condición de carencia y vulnerabilidad, sin redes de apoyo familiar que puedan suplir esta necesidad.


DIEGO CASTILLO URENDA
Nombre y Firma Asistente Social



Fecha : 05/06/2023



CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

05/06/2023

14:46:15

N.I.S.	0016457	R.U.N.	23696803-0		
NOMBRE BENEFICIARIO :	GUTIERREZ MAMANI		MARIDZA SONIA		
CALLE	TOMAS SAN LORENZO		ST 280		
NRO. F.P.S.	50517393	PUNTOS	40		
INGRESOS	300,000	PERCAPITA	100,000	INTEGRANTES	3
Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social	
15373	07/06/2021	SOLICITA MERCADERIA AS RICARDO ROJAS	17,723	DIEGO CASTILLO URENDA	
18053	24/01/2022	SOLICITA APOYO MERCADERIA AS P PEREZ	17,462	DIEGO CASTILLO URENDA	
10493	31/08/2022	SOLICITA APOYO MERCADERIA AS DIEGO CASTILLO	20,643	DIEGO CASTILLO URENDA	
11308	26/09/2022	SOLICITA APOYO COMPRA DE PAÑALES AS DIEGO CASTILLO	136,460	DIEGO CASTILLO URENDA	
13813	20/03/2023	SOLICITA APOYO CON MERCADERIA TS DANIELA VILLALBA	22,205	DIEGO CASTILLO URENDA	
TOTAL BENEFICIOS \$			214,493		



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
OFICINA DE PARTES

PROVIDENCIA NRO.: **002993 // 2023**

FECHA : **15/05/2023 10:34:00**
REMITENTE : MARIDZA GUTIERREZ MAMANI
NOMBRE : MARIDZA GUTIERREZ MAMANI / 23.696.803-0
CARGO : VECINO
INSTITUCION :
REFERENCIA : SOLICITUD DE APOYO PARA EL PAGO DE EXAMENES MEDICOS

*

Celular / Email : 954709937 @

Dirección :

DERIVADO A:

TIPO DERIVACION

- **ALCALDIA** TOMAR CONOCIMIENTO
- **DIDECO** TOMAR ACCION

NOTA : *



Clave : 4D715937314C7579554A6262



ALCALDE

Alto Hospicio, 15 de mayo 2023.

ALCALDE

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Patricio Ferreira Rivera.

Señor alcalde me dirijo a usted a través de la presenta carta, Mi nombre es: Maridza Sonia Gutiérrez Mamani, rut 23.696.803-0, y vengo a solicitar a usted lo siguiente en 2001 fui victima de robo con violencia, recibiendo varios golpes en la cabeza y desde esa fecha que tengo constantes dolores de cabeza que me imposibilita trabajar, soy comerciante ambulante y trabajo en la esquina los álamos con almendros, soy madre soltera con 2 hija a mi cargo Anyelina Castillo de 10 años y Rocio Gutiérrez de 1 año 8 meses, debo realizarme un examen TAC cerebro con contraste, diagnostico cefalea con banderas rojas, el ultimo control fue 11 abril de 2023. Es por eso que solicito que me pueda ayudar con el pago de este examen y así saber un diagnostico y poder realizar tratamiento si fuese necesario. Adjunto cotizaciones del examen y documento de fiscalía de la denuncia del robo con violencia.

Se despide y de ante mano gracias por su atención.

ATTE.

Nombre: Maridza Sonia Gutierrez Mamani

Rut:23.696.803-0

Dirección: Parque Oriente, Toma San Lorenzo Calle Huarasina 280 B

Teléfono: 954709937





Cartola Hogar Registro Social de Hogares



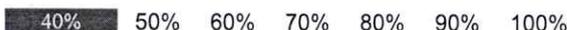
Folio #50517393
Fecha Confirmación Ciudadano: 02/03/2017

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 25 de MAYO de 2023 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el 15 de Junio 2023

Maridza Sonia Gutierrez Mamani

Calificación Socioeconómica

RUN:
23.696.803-0



Dirección del Hogar:
Av. Parque Oriente, Nro domicilio: 3, Alto Hospicio.

-Ingresos
+Vulnerabilidad

+Ingresos
-Vulnerabilidad

Agrupación Habitacional:
Tomas -Cp

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
23.696.XXX-X	Maridza Sonia Gutierrez Mamani	Jefe(a) de hogar
24.196.XXX-X	Anyelina Virtud Castillo Gutierrez	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
27.581.XXX-X	Rocío Belén Gutierrez Gutierrez	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

Menores de 18 años 2 personas	De 60 años o más 0 persona	Dependencia o discapacidad 0 personas
----------------------------------	-------------------------------	--

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$35.000 y \$85.000

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 \$35.000 y \$85.000**

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



CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR

El/La director(a) del establecimiento **COLEGIO MARAN-ATHA**, reconocido oficialmente según **Resolución Exenta 572 De 2005, RBD: 12715-9** certifica que:

El(la) estudiante **ANYELINA VIRTUD CASTILLO GUTIERREZ**, cédula de identidad **24.196.628-3**, con registro de matrícula **Nº 110**, se encuentra matriculado en el curso **5º Básico B de Enseñanza Básica** como **alumno(a) regular** en nuestro establecimiento para el año escolar **2023**.

Se extiende el presente documento a petición del(la) interesado(a) para los fines que estime conveniente.




Abel Venegas Alarcón
Director(a) del Establecimiento



Iquique, Junio 2023

CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR

Jardín Infantil Camino al Sol certifica que el alumno(a):

Roció Belén Gutiérrez Gutiérrez RUT: 27581023-1 está matriculado en el nivel **Sala cuna mayor A** del año 2023, Siendo su apoderada Sra. **Sonia Gutiérrez (Madre)**, DNI 236968030.

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada para ser presentado donde estime conveniente.



Firma Directora



CERTIFICADO PERIODOS NO COTIZADOS

Folio N°:7E74B5874C31D840

12 de mayo de 2023

A.F.P. Modelo S.A., certifica que la Sra. : MARIDZA SONIA GUTIERREZ MAMANI, R.U.T. 23.696.803-0, con domicilio en Parque Oriente, Alto Hospicio, Iquique, Primera Region. incorporada al sistema previsional con fecha 01 de octubre de 2011 se encuentra afiliada a nuestra administradora desde 01 de octubre de 2011 y de acuerdo a su historia previsional registra los siguientes periodos no cotizados:

Periodo desde : 1/2021 Periodo Hasta: 4/2023

PERIODOS NO COTIZADOS
01/2021
02/2021
03/2021
04/2021
05/2021
06/2021
07/2021
08/2021
09/2021
10/2021
11/2021
12/2021
01/2022
02/2022
03/2022
04/2022
05/2022
06/2022
07/2022
08/2022
09/2022
10/2022
11/2022
12/2022
01/2023
02/2023
03/2023
04/2023

PERIODOS NO COTIZADOS

NÚMERO DE PERIODOS NO COTIZADOS : 28

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada, para los fines que estime conveniente.



Este certificado tiene una validez de 35 días a contar de la fecha de emisión y puede comprobar su validez ingresando a www.afpmodelo.cl, opción "Herramientas - Validar Certificados", ingresando Rut y

----- Fecha de Emisión -----

ACTA DE ENTENDIMIENTO

En Iquique a 09 de Noviembre de 2021, comparece Doña Maridza Sonia Gutierrez Mamani, Rut: 23.696.803-0, victima en causa Ruc 2100931733-0 que investiga la Fiscalía Local de Alto Hospicio y se llega al siguiente acuerdo:

1.- En relación a los hechos denunciados Doña Maridza Gutierrez fue victima de Robo con Violencia, siendo abordada de manera muy violenta, recibiendo varios golpes en la cabeza debido a los constantes dolores se ha visto imposibilitada de trabajar.

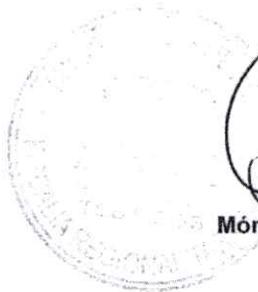
2.- Victima trabaja de manera independiente, vende en la feria, además el día de los hechos le sustrajeron el dinero que mantenía para los gastos de su casa.

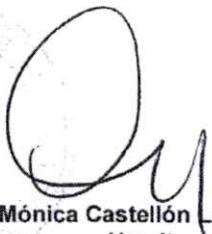
3.- Debido a la situación que enfrenta la victima a consecuencia del delito se acuerda apoyar con la entrega de un aporte económico con la finalidad de poder amortiguar la pérdida de ingresos además que pueda realizarse algún examen médico si lo requiere.

3.- Uravit otorgará las siguientes prestaciones:

- Aporte económico por única vez \$300.000(doscientos mil pesos) se realizara la entrega en depósito en cuenta Rut.

Doña Maridza Gutierrez Mamani
Rut: 23.696.803-0




Mónica Castellón López
Uravit



95470993A7
GESFAM
Dr. Pedro Pulgar Melgarejo
Alto Hospicio

EXÁMEN IMAGENOLÓGICO

Nombre: Mauda Gutierrez M.

Rut: 23.696.803-0

Sector: _____

Exámen solicitado: TAC cerebro
con contraste.

Diagnóstico: Cefalea con
vanderas Rojas.

Observaciones: _____

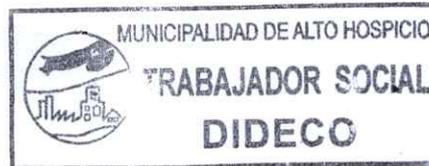
Fecha: 11/04/23

Dr. M. Jesús Daza M.
MÉDICA CIRUJANA
R. 18.446.714-3
FIRMA DEL PROFESIONAL

6x - 166.000
Contraste 43.000 Aprox

- 270.000 Aprox

63000 \$x.
33000 Contraste
\$ 96.000 //
Consultorio U. de la.



DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

Nombre : Maridza Sonia Gutierrez
 Rut : 23.696.803-0
 Domicilio : Parque Oriente Toma San Lorenzo
 Teléfono : Calle Murasina 280-B 954709937
 Ocupación : Comercio Ambulante

DETALLE GASTO FAMILIAR	MONTO MENSUAL \$
Alimentación	75.000
Útiles de Aseo	45.000
Arriendo o Dividendo	—
Luz y Agua	Agua 20.000
Movilización	68.000
Combustible calefacción (gas, parafina, carbón, leña etc.)	Gas 28.000
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	—
Teléfono/s (celular/es , fijo/s)	954709937
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	—
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	—
Vestuario	150.000
Varios (recreación, deportes, combustible y mantenencias vehículo particular etc.)	—
TOTAL	386.000

Observaciones: No pagamos arriendo ni dividendo, debido a que vivimos en Toma San Lorenzo

[Firma]
Firma y Timbre Asistente Social

Fecha: 05.06.2023

[Firma]
Firma del Jefe de Hogar y/o
Persona que declara