

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	204705348	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	16-01-2021 21:55:09	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Angeles Rocío	Apellido paterno	Moreno
Apellido materno	Zúñiga	Email	angermz10@gmail.com
Teléfono	+56963046409	Cuenta RUT	Sí
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	PSICOLOGÍA
Vía de ingreso	psu	Fecha ocurrencia matrícula	01-03-2020
Número matrícula	2019112674	Origen matrícula	candidato 1er semestre
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	20 años 7 meses
Fecha de nacimiento	18-05-2000	Sexo	Mujer
Género	Femenino	Estado civil	Soltero(a)
Sistema de salud	Sin sistema de salud	Nacionalidad Chilena	Sí

1.2 Situación de discapacidad del estudiante

No declara

1.3 Datos de contacto en caso de emergencia

Nombre completo	Ximena	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56992392409	Teléfono 2	+56228845732

1.4 Dirección del grupo familiar y académica

1.4.1 Datos dirección

¿El domicilio académico será el mismo que el domicilio familiar?	Sí
--	----

1.4.2 Dirección del grupo familiar

Calle	Los valois	Número	418
Región	Región metropolitana	Comuna	Maipu

1.4.3 Dirección académica

--

1.5 Antecedentes de educación superior del estudiante

SIN INFORMACIÓN - SIN INFORMACIÓN

1.6 Hijos(as) del estudiante

No declara

1.7.1 Antecedentes del grupo familiar (viven con estudiante)

Estudiante - 204705348 - Angeles Rocío Moreno Zúñiga

RUT o pasaporte	204705348	Nombres	Angeles Rocío
Apellido Paterno	Moreno	Apellido Materno	Zúñiga
Edad	20 años 7 meses	Fecha Nacimiento	18-05-2000
Sexo	Mujer	Parentesco	Estudiante
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Sin sistema de salud
Previsión social	Sin previsión social	Estudia o estudió en la Universidad de Chile	Sí
¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	No	Actividad (no percibe ingresos)	Estudiante que no trabaja

Madre - 96654553 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga

RUT o pasaporte	96654553	Nombres	Ximena Liliana
Apellido Paterno	Zuñiga	Apellido Materno	Zuñiga
Edad	56 años 1 meses	Fecha Nacimiento	30-11-1964
Sexo	Mujer	Parentesco	Madre
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	Sí
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria
Estudia o estudió en la Universidad de Chile	No	Situación educacional	Completo
¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	Trabajo
Forma de trabajo (estable/inestable)	Estable	Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Dependiente
Profesión u oficio	ASISTENTE CONTABLE		

Hermano(a) o hermanastro(a) - 186206878 - Ignacio Antonio Moreno Zuñiga

RUT o pasaporte	186206878	Nombres	Ignacio Antonio
Apellido Paterno	Moreno	Apellido Materno	Zuñiga
Edad	27 años 0 meses	Fecha Nacimiento	12-01-1994
Sexo	Hombre	Parentesco	Hermano(a) o hermanastro(a)
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Isapre
Previsión social	Sin previsión social	Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria
Estudia o estudió en la Universidad de Chile	No	Situación educacional	Cursando
¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	No	Actividad (no percibe ingresos)	Estudiante que no trabaja

Hermano(a) o hermanastro(a) - 195242739 - Santiago Arnaldo Moreno Zuñiga

RUT o pasaporte	195242739	Nombres	Santiago Arnaldo
Apellido Paterno	Moreno	Apellido Materno	Zuñiga
Edad	24 años 1 meses	Fecha Nacimiento	27-11-1996
Sexo	Hombre	Parentesco	Hermano(a) o hermanastro(a)
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Isapre
Previsión social	Sin previsión social	Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria
Estudia o estudió en la Universidad de Chile	No	Situación educacional	Completo
¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	No	Actividad (no percibe ingresos)	Busca trabajo por primera vez / recién egresado
Profesión u oficio	psicologo		

Abuelo(a) - 46032543 - Marta Fresia Zuñiga Parada

RUT o pasaporte	46032543	Nombres	Marta Fresia
Apellido Paterno	Zuñiga	Apellido Materno	Parada
Edad	83 años 11 meses	Fecha Nacimiento	02-02-1938
Sexo	Mujer	Parentesco	Abuelo(a)
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Viudo(a)	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Enseñanza media o técnica profesional de nivel medio
Tipo de establecimiento	Municipal / Consejo Local	Estudia o estudió en la Universidad de Chile	No
Situación educacional	Incompleto	¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí
Actividad laboral (fuente de ingresos)	Pensión	Pensión	Montepío
Profesión u oficio	Dueña de casa		

1.7.2 Padre y/o madre que no es parte del grupo familiar

No declara

1.8 Registro Social de Hogares e ingresos del grupo familiar

¿Tiene Registro Social de Hogares?	Sí	Tramo socioeconómico	Hogares calificados entre el 81% y el 90% de mayores ingresos o menor vulnerabilidad (Tramo del 90)
Ingreso mensual grupo familiar	\$1.095.000	Número serie estudiante	517373714
Número serie jefe de hogar	104382927		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

¿Tienes trabajo remunerado?	No	Tiempos de traslado	61 a 90 minutos
------------------------------------	----	----------------------------	-----------------

2. Datos grupo familiar

2.1 Ingresos del grupo familiar

* A diferencia del formulario FOCES en este apartado se mostrarán todos los integrantes independiente si se declararon que no perciben ingresos.

RUT Parentesco	Sueldos y/o pensión	Honorarios	Retiros	Dividendos por acciones	Intereses inmobiliarios	Ganancias de capital	Pensión alimenticia	Otros aportes de parientes	Actividades independientes	Total ingresos
204705348 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
96654553 Madre	\$904.286	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$904.286
186206878 Hermano(a) o hermano(a)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
195242739 Hermano(a) o hermano(a)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
46032543 Abuelo(a)	\$186.302	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$186.302

Nº integrantes grupo familiar	Nº integrantes con ingresos	Total ingresos grupo familiar	Ingreso per cápita
5	2	\$1.090.588	\$218.118

* El cálculo del ingreso per cápita se realiza en base al nº de integrantes considerados dentro del grupo familiar.

Nº de integrantes que no trabajan ni buscan trabajo	0	¿Considerar a estos integrantes dentro del grupo familiar?	Sí
--	---	---	----

2.2 Educación de integrantes del grupo familiar

Madre - 96654553 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga

Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria	Situación educacional	Completo
Arancel mensual	\$0	Promedio mensual matrícula	\$0
Gasto mensual en educación	\$0		

Hermano(a) o hermanastro(a) - 186206878 - Ignacio Antonio Moreno Zuñiga

Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria	Situación educacional	Cursando
Estudia fuera de la provincia	No	Arancel mensual	\$302.000
Promedio mensual matrícula	\$10.000	¿Tiene algún beneficio?	Si
Indique cuál(es)	Cae	Gasto mensual en educación	\$312.000

Hermano(a) o hermanastro(a) - 195242739 - Santiago Arnaldo Moreno Zuñiga

Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria	Situación educacional	Completo
Estudia fuera de la provincia	No	Arancel mensual	\$0
Promedio mensual matrícula	\$0	¿Tiene algún beneficio?	Si
Indique cuál(es)	CAE, BECA BICENTENARIO	Gasto mensual en educación	\$0

Abuelo(a) - 46032543 - Marta Fresia Zuñiga Parada

Nivel educacional	Enseñanza media o técnica profesional de nivel medio	Tipo de establecimiento	Municipal / Consejo Local
Situación educacional	Incompleto	Arancel mensual	\$0
Promedio mensual matrícula	\$0	Gasto mensual en educación	\$0

Total gastos en educación	\$312.000
----------------------------------	-----------

2.3 Integrantes del grupo familiar con endeudamiento

Madre - 96654553 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga

Tipo de endeudamiento	-Otro préstamo, especifique:	Otro motivo de endeudamiento	-automotriz
Gasto mensual endeudamiento	\$75.000		

Número integrantes con endeudamiento	1	Total endeudamiento grupo familiar	\$75.000
---	---	---	----------

2.4 Integrantes del grupo familiar con problemas judiciales

No declara problemas judiciales

Numero integrantes con problemas judiciales	0	Gasto mensual grupo familiar	\$0
---	---	------------------------------	-----

2.5 Antecedentes de salud del grupo familiar

Madre - 96654553 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga

Tipo de enfermedad	-Catastrófica	Diagnóstico	-Cáncer de Colon y Recto
Otro diagnóstico	-	Atención GES	-
Gasto mensual	-\$60.000	Observación	-

Abuelo(a) - 46032543 - Marta Fresia Zuñiga Parada

Tipo de enfermedad	-Permanentes o de Mediano Costo	Diagnóstico	-Otra enfermedad permanente o de mediano costo
Otro diagnóstico	-alzheimer	Atención GES	-Sí
Gasto mensual	-\$120.000	Observación	-

Total gastos salud grupo familiar	\$180.000
-----------------------------------	-----------

2.6 Integrante del grupo familiar en situación de discapacidad

No declara discapacidad

Total gastos por discapacidad	\$0
-------------------------------	-----

2.7 Vivienda(s) y otros bienes raíces del grupo familiar

Estudiante - 204705348 - Angeles Rocío Moreno Zúñiga

Tipo de inmueble	--	Otro tipo de inmueble	--
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN GRUPO FAMILIAR-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-Allegado-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-ANGELES ROCÍO MORENO ZÚÑIGA-ANGELES ROCÍO MORENO ZÚÑIGA	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 40.174.989 y \$ 63.132.124-
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-Si-	¿Cuál es el vínculo?	-Abuelo(a)-
Monto arriendo	--	Nº dormitorios	-5-
Calle	-Los valois-	Número	-418-
Nº Departamento / casa	--	Block o torre	--
Villa o población	--	Región	-Región metropolitana-
Comuna	-Maipu-		

Madre - 96654553 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga

Tipo de inmueble	--	Otro tipo de inmueble	--
Tipo de vivienda	-OTRO TIPO DE VIVIENDA- OTRO TIPO DE VIVIENDA	Tenencia de la vivienda	-Propietario-Adquirente
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga- Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 27.261.600 y \$ 28.696.420-Entre \$ 63.132.125 o más
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	--	¿Cuál es el vínculo?	--
Monto arriendo	--	Nº dormitorios	-3-4
Calle	-Federico guesalaga-Camino Lonquén	Número	-134-2201
Nº Departamento / casa	--	Block o torre	--
Villa o población	--	Región	-Región metropolitana-Región metropolitana
Comuna	-Maipu-Buin		

2.8 Vehículo(s) del grupo familiar

Madre - 96654553 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga

Uso del vehículo	-Familiar	Tasación fiscal	-\$4.500.000
Año	-2012	Marca	-Kia
Patente	-DRDJ36		

3. Programa de corresponsabilidad parental

3.1 Programa de Corresponsabilidad Parental

No postula

4. Programa de residencia universitaria

4.1 Programa de residencia universitaria

Postula al Programa Residencia	No	¿Es renovante?	NO
Puntaje de categoría red de apoyo	SIN INFORMACI¿¿N	Categoría red de apoyo	SIN INFORMACI¿¿N

5. Jefe de hogar

5.1 Situación ocupacional del jefe de hogar

Rut - nombre	9.665.455-3 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Situación ocupacional	Activo estable	Puntaje situación ocupacional	3.8

6. Beneficios internos

6.1 Beneficios internos seleccionados

Beca de Atención Económica (BAE)	Sí
----------------------------------	----

7. Última evaluación asistente social

7.1 Evaluación

Asistente social	Paula Olivares Sepúlveda	Fecha registro	16-01-2021 21:54:58
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$0 HASTA \$230.741	Per cápita	\$218.118
Puntaje per cápita	40	Tenencia	Allegado
Puntaje por Tenencia	5	Avalúo	Entre \$ 40.174.989 y \$ 63.132.124
Puntaje por avalúo	3.4	Puntaje por arriendo	0
Puntaje condicionantes sociales	20	Puntaje total evaluación	82.2

<<Observaciones>> 5. Evaluación Asistente Social - Evaluación Asistente Social

RUT - Nombre Asistente Social	15.316.594-7 - Paula Olivares Sepúlveda	Fecha de Observación	sábado 16 de enero del 2021 a las 21:54:10
Observación	estudiante declara que el padro no está entregando pensión de alimentos desde el 2012 cuando fue el fue diagnosticado con leucemia, sólo los tenia como rga en isapre, sin embargo desde inicios del 2020 está cesante por lo que no tiene prevision de salud		

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	204705348	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	16-01-2021 21:55:09	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Angeles Rocío	Apellido paterno	Moreno
Apellido materno	Zúñiga	Email	angermz10@gmail.com
Teléfono	+56963046409	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Carrera	PSICOLOGÍA	Número matrícula	2019112674
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	20 años 7 meses
Fecha de nacimiento	18-05-2000	Sexo	Mujer
Género	Femenino	Estado civil	Soltero(a)
Nacionalidad Chilena	Si		

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$218.118 / DESDE \$0 HASTA \$230.741	Puntaje per cápita	40
Tenencia	Allegado	Puntaje tenencia	5
Puntaje arriendo	0	Tramo avalúo	Entre \$ 40.174.989 y \$ 63.132.124
Puntaje avalúo	3.4	Puntaje variables socioeconómicas	48.4

3. Situación ocupacional jefe de hogar

Rut - nombre	9.665.455-3 - Ximena Liliana Zuñiga Zuñiga	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	No	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Situación ocupacional	Activo estable	Puntaje situación ocupacional	3.8

4. Condicionantes sociales

Enfermedad catastrófica o discapacidad	SÍ
Endeudamiento grave	
Violencia intrafamiliar	
Problemas alcohol y drogas	

Problemas judiciales	
Enfermedad crónica o permanente, se involucra aquellos trastornos de Salud Mental	Sí
Integrante del grupo familiar que estudia fuera del lugar de origen	
Integrante del grupo familiar que estudia, excluido el alumno	Sí
Dos o más integrantes del grupo familiar que estudia en Ens. superior excluido el alumno	
Alumno que incurre en gastos o tiempo extra de movilización	
Alumno que tenga hijos a su cargo	
Familia uniparental	Sí
Alumno solo (desvinculado)	
Grupo familiar numeroso	
Grupo familiar pequeño	
Hacinamiento	
Total puntaje condicionantes sociales	20

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Paula Olivares Sepúlveda	Fecha registro	16-01-2021 21:54:58
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10

6. Postulación a Becas Internas Universidad de Chile

Beca de Atención Económica (BAE)	Sí
Causal Sobreviniente	
Beca de Emergencia	
Franquicia Médica	
Programa de Emergencia para la Retención (PER)	
Programa de Residencias Universitarias	
Beca Marta Brunet	
Programa de Corresponsabilidad Parental	
Beca Irma Salas	
Beca de Compensación Laboral	
Otro beneficio	
Observación otro beneficio	SIN INFORMACIÓN

7. Puntaje total acreditación

Puntaje total acreditación	82.2
-----------------------------------	------

Comprobante de datos personales o censales

Estimado(a) **Angeles**, RUT o Pasaporte **20.470.534-8**

¡Ya estás participando del registro censal más grande de la comunidad de pregrado de la Universidad de Chile!

¡En la Chile, todos y todas contamos!

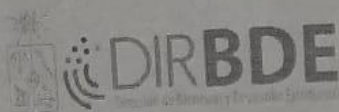
¡Importante!

Recuerda que para postular o renovar tus [beneficios](#) estudiantiles, y acceder a los servicios de la Universidad, debes terminar de completar tu [FOCES](#) y descargar tu “Comprobante de Postulación a Beneficios”. Para ello, haz clic en el botón azul “POSTULAR O RENOVAR BENEFICIOS” que se encuentra en la plataforma foces.uchile.cl, ingresando con tu rut y clave.

Si tienes preguntas contáctanos a través del formulario de contacto disponible en la página de [FOCES](#) o escríbenos a dirbde@uchile.cl.

Lunes 16 de noviembre de 2020 a las 21:33:00

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)



FORMULARIO DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Este documento tiene que ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar en donde debe declarar los bienes (propiedades y/o vehículos), sociedades, inversiones y deudas del grupo familiar. Cabe señalar que, si no posee ninguno de ellos debe dejar los espacios en blanco y firmar.

1. BIENES RAÍCES

TIPO (casa, depto., terreno, estacionamiento)	USO (Vivienda, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
CASA	VIVIENDA	48.929.544
CASA	VIVIENDA	42.056.950

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

TIPO (auto, camioneta, camión, furgón, moto, otros)	USO (Particular, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
AUTO	particular	NO EXISTE

3. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD(ES)

TIPO (Ltda., Anónima, Colectiva, otras)	RUT	NOMBRE	% DE PARTICIPACIÓN	PATRIMONIO TOTAL DE LA SOCIEDAD
—				

4. INVERSIONES Y OTROS

TIPO (Depósito a plazo, fondos mutuos, ahorros, acciones, otros)	NOMBRE INSTITUCIÓN	CANTIDAD EN \$	APORTE MENSUAL (si corresponde)	TOTAL INVERSIÓN
—				

5. DEUDAS

TIPO (Crédito hipotecario, automotriz, otros)	INSTITUCIÓN BANCARIA O CASA COMERCIAL	PAGO MENSUAL	Nº TOTAL DE CUOTAS	FECHA VENCIMIENTO DE DEUDA TOTAL
AUTOMOTRIZ	VISA - BCI	75.000	24	FEB 2021

Nombre Jefe(a) de Hogar:

Fecha: 15/11/20

Ximena Zúñiga

Firma:

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.



Cartola Hogar

Registro Social de Hogares

Folio #51326630
Fecha Confirmación Ciudadano: 25/03/2019

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 25 de Octubre de 2020 a las 02:50 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Diciembre 2020

Angeles Rocío Moreno Zúñiga

RUN:

20.470.534-8

Dirección del Hogar:

Los Valois, Nro domicilio: 418, Maipú.

Agrupación Habitacional:

Barrio Oriente -Vi

Calificación Socioeconómica

40% 50% 60% 70% 80% **90%** 100%

-Ingresos
+Vulnerabilidad

+Ingresos
-Vulnerabilidad

Su hogar está calificado entre el **81% y el 90% de mayores ingresos o menor 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
9.665.XXX-X	Ximena Liliana Zúñiga Zúñiga	Jefe(a) de hogar
18.620.XXX-X	Ignacio Antonio Moreno Zúñiga	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
20.470.XXX-X	Angeles Rocío Moreno Zúñiga	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
19.524.XXX-X	Santiago Arnaldo Moreno Zúñiga	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
4.603.XXX-X	Marta Fresia del Carmen Zúñiga Parada	Padre o Madre

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 \$740.000 y \$895.000

Ingresos de pensiones: entre \$150.000 y \$200.000

Ingresos de capital: menor que \$50.000

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

Total Ingresos del hogar
Entre \$895.000 y \$1.080.000

Datos Complementarios

Valor de la suma de los avalúos fiscales de las propiedades (bienes raíces) a nombre de los integrantes del hogar.

Información extraída de la base de datos de propiedades del Servicio de Impuestos Internos (SII).

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 15 de Noviembre a las 20:15 hrs.



INCHL5203182166S38<<<<<<<<<<
6411301F2411303CHL9665455<3<<4
ZUNIGA<ZUNIGA<<XIMENA<LILIANA<



REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

[Faint, illegible handwritten notes]

APPELLIDOS

ZUÑIGA
ZUÑIGA

NOTES

XIMENA LILIANA

NACIONALIDAD

5820

CHILENA

F

FECHA DE NACIMIENTO:

NUMBER DOCUMENTI

30 NOV 1964

520,318,216

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

10 OCT 2019

30 NOV 2024

FIRMA DEL TITULAR

RUN 9.665.455-3

000270 - L2-2 - 07 -



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE
MAIPÚ

N.N.
PJE LOS VALOIS 418
MAIPÚ
000270
Cliente : 20492007700
Boleta : 59149361
Ruta : 110204210900
Servicio : 10494407-8

100% Municipal
SMAPA



SM10494407382910

1. MUNICIPALIDAD DE MAIPÚ
AVDA. 5 DE ABRIL 0200
R.U.T.: 89.070.900-7
SERVICIO MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y
ALCANTARILLADO

AGO/2020
CLAVE INTERNET: 920MG2

SMAPA INFORMA

CABE HACER PRESENTE, QUE EL BENEFICIO DE SMAPA OTORGADO POR EL MUNICIPIO, NO ES NECESARIO REALIZAR POSTULACIÓN, SINO, QUE ES DE MANERA AUTOMÁTICA.

5 GRANDES MEDIDAS COMERCIALES PARA NUESTROS USUARIOS

EN AYUDA A NUESTROS VECINOS DE SMAPA Y EN TORNO A LA CONTINGENCIA DE SALUD QUE VIVE EL PAÍS, NUESTRA MUNICIPALIDAD DE MAIPÚ, HA DISPUESTO LO SIGUIENTE:

A contar del pasado 18 de Marzo del 2020

- No habrá aplicación de intereses futuros por atraso en los pagos, los próximos 6 meses.
- No habrá caducación (o pérdida) de los convenios vigentes, por los próximos 6 meses.
- Habrá autorización para cancelar vía online hasta 2 saldos anteriores.
- No habrá suspensión o corte de agua a los vecinos por deuda, hasta que estén las condiciones para poder atender y regularizar cada situación.
- No habrá caducidad (o pérdida) de los subsidios de agua potable por los próximos 6 meses.

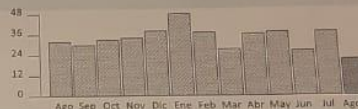
www.smapa.cl | f /smapa maipu | @smapa_maipu

600 100 4000 | 22 677 6 150

DETALLE DE SU CONSUMO

Lectura Actual	26-Jul-2020	8462 m3
Lectura Anterior	26-Jun-2020	8404 m3
Consumo Tarifa Normal		21,00 m3
Consumo		21 m3
Consumo Total		21,00 m3
Último Pago	24-Jul-2020	\$26.700
Fecha Estimada Próxima Lectura		27-Ago-2020
Fecha Emisión		05-Ago-2020

HISTORIAL DE CONSUMO



Últimos 13 meses (m3)

Su Consumo es de : 21 m3
Su gasto diario es : \$519

DETALLE DE SU CUENTA

CARGO FIJO	\$985
CONSUMO AGUA	\$6.282
ALCANTARILLADO S/TRATA	\$3.536
* TRATAM. AGUAS ANDINAS	\$4.773
SUB TOTAL MES	\$15.576
AJ. SENCILLO FACTURADO	\$1
AJ. SENCILLO POR COBRAR	\$-27

TOTAL A PAGAR \$ 15.550
FECHA VENCIMIENTO 25-Ago-2020

TALON SMAPA



Boleta : 59149361
N° Cliente : 20492007700
Ruta : 110204210900
Fecha Emisión : 05-Ago-2020

100% Municipal
SMAPA

TOTAL A PAGAR \$15.550
FECHA VENCIMIENTO 25-Ago-2020



0159149361000000015550

DETALLE DE SERVICIO

LIMITE VERANO	0
CREDITO M3	37
TERMINO MEDIO	37
GRUPO TARIFARIO	G01
GRUPO DE FACTURACION	2.20
CLAVE ACTUAL	NORMAL
CLAVE ANTERIOR	SIN VISITAR
NUMERO MEDIDOR	13808
DIAMETRO	13

Tarifas publicadas en Las Últimas Noticias 11.01.2020
Tarifas Actuales a partir del 11-Ene-2020 Incluyen IVA

CARGO FIJO	985,00
CONSUMO AGUA NO PUNTA (m3)	299,16
CONSUMO AGUA PUNTA (m3)	299,16
SOBRECONSUMO (m3)	717,32
USO ALCANTARILLADO (m3)	168,36
TRATAMIENTO AGUAS SERVIDAS (m3)	227,29
FACTOR COBRO	1,00

* Plantas de tratamiento en operación: Mapocho Trebal, El Trebal y la Farfana

¿Problemas con el servicio de electricidad?

Si tienes alguna consulta o reclamo con respecto al servicio puedes contactarnos a través de nuestros distintos canales:

Fonoservicio
☎ 600 696 0000

Enel.cl | f EnelChile | @EnelClientesCL

enel

¿Qué hago si mi problema no se ha resuelto?

Contáctate con la Superintendencia de Electricidad y Combustible (SEC), entidad que vigila que las personas cuenten con un servicio seguro y de calidad en los sistemas de electricidad y combustibles.

☎ 2 2712 7000 | ☎ 600 6000 732 | www.sec.cl SEC

Datos de mi suministro

Tipo de tarifa contratada: BT1 - T5

Potencia conectada: 2.5 kW

Area Típica: Área 1 A (a)

Subestación: Pajaritos

Fecha límite para cambio de tarifa: A opción del cliente

Fecha término de tarifa: A opción del cliente



Timbre Electrónico S.I.I. Res. 128 del 2007
Verifique su documento en www.eneldistribucion.cl

#QuédateEnCasa y ayuda a evitar el contagio del virus COVID-19



LUGARES DE PAGO

Sitio Web Enel.cl

- Botones de pago de bancos: Santander, BBVA, Chile, Estado, BCI - TBanc
- Webpay (Crédito y Débito):

Otros portales Web



Aplicación y Redes Sociales



Pago Automático

- PAC: Convenios con bancos: Chile, Santander, BCI, Falabella, Corpbanca, Scotiabank, Itaú, Security, BICE, BBVA y Estado.
- PAT: Tarjetas de crédito bancarias (Transbank).

Pago Presencial



Enel Distribución Chile S.A.
Distribución y venta de energía eléctrica y venta de artículos eléctricos del hogar, deportes, esparcimiento y computación.
R.U.T.: 96.800.570-7
Santa Rosa 76, piso 8, Santiago

R.U.T.: 96.800.570-7
BOLETA ELECTRÓNICA
N° 243393188

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

N° CLIENTE

1237379 -1

Fecha de Emisión: 06 Nov 2020

Sr(a). HECTOR MORENO

Dirección de Envío: LOS VALOIS 418 - MAIPU

Dirección Suministro: LOS VALOIS 418 - MAIPU

Ruta: 06 502 3380-8 / 91062662

¿Cuánto debo?

Total a pagar

\$ 31.735

Monto del periodo 05 Oct 2020 - 04 Nov 2020

* Revise el detalle de tu cuenta al reverso de esta página >

¿Hasta cuándo puedo pagar?

Fecha de vencimiento

26 Nov 2020

(A partir de esta fecha se originarán intereses y se cobrará un cargo adicional por pago fuera de plazo)

Cupón de pago

N° Cliente

1237379 -1

Fecha de Vencimiento

26 Nov 2020

Total a pagar

\$ 31.735

Último pago: el 25/10/2020 por un monto de \$35.052 en eneldistribucion.cl (Banco BCI)

DOCUMENTO ACOGIDO
A ENVÍO ELECTRÓNICO

Detalle de mi cuenta

Servicio Eléctrico

Administración del servicio	\$	685
Electricidad consumida 218 kWh	\$	23.876
Transporte de electricidad	\$	2.894
Cuota mensual diferencia facturación real - provisoria 5 de 5	\$	4.280

Monto afecto a impuesto	\$	27.347
Monto exento a impuesto	\$	108
Total boleta	\$	27.455
Saldo anterior	\$	0

Total a Pagar \$ 31.735

¿Qué significa lo que estoy pagando?

Transporte de la electricidad: Monto que se paga por el uso de las torres y subestaciones que llevan la electricidad desde donde se produce hasta las afueras de la ciudad y que depende de la cantidad de electricidad consumida.

Administración del servicio: Monto que se cobra por los gastos de administración, facturación y atención al cliente, independiente del consumo de electricidad.

Mi consumo en el mes actual

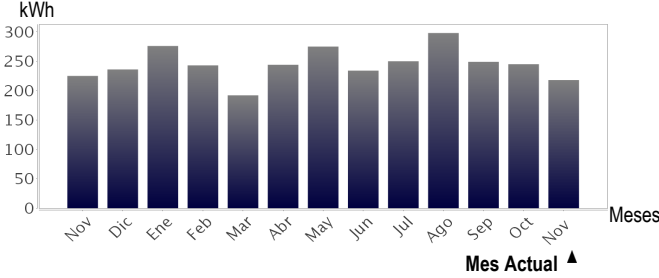
Para determinar cuánto electricidad consumiste en el mes, se considera lo que marca tu medidor en la "lectura actual" y se le resta lo que marcó en tu "lectura anterior".

Período de lectura: 05/10/2020 - 04/11/2020 Fecha estimada próxima lectura: 03/12/2020

Medidor	Propiedad	Lecturas (kWh)		Constante	Consumo medidor
91062662	Cliente	Actual	97887	1	218 kWh
		Anterior	- 97669		
			218		

Consumo total del mes = 218 kWh

¿Cuál fue mi consumo en los últimos 13 meses?



Mismo mes del año pasado		Mes pasado	
	Este mes consumiste aproximadamente 4% menos energía que el mismo mes del año pasado		Este mes consumiste aproximadamente 12% menos energía que el mes pasado



Mejorar la aislación térmica de tu vivienda permitirá que tus equipos de climatización funcionen de manera más eficiente.



Invierte en artefactos con la mejor calificación en su Etiquetado de Eficiencia Energética. Las Calificaciones A, A+ y A++ son las más eficientes. Cuidarás tu bolsillo y el planeta.

CERTIFICADO COTIZACIONES

Folio N° : 363445E75C6E861C26

15 de noviembre de 2020

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, el Sr. : SANTIAGO ARNALDO MORENO ZUÑIGA R.U.T.: 19.524.273-9 DOMICILIO: Camino Del Cerro 1430, Quilicura, Providencia, Santiago, Region Metropolitana registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 11/2018 y 11/2020.

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
12-2018	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	04/03/2019	31.079	0,81	38.512,26	76.468.788-4	B

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, 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

AFP Modelo
Servicio al Cliente

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 número Folio de Certificación".

Certificado de Cotizaciones

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias

Fecha Solicitud: 15/11/2020

Nombre: XIMENA LILIANA ZUNIGA ZUNIGA

RUT: 9.665.455-3

De acuerdo a nuestros registros, informamos las siguientes cotizaciones en su Cuenta Individual de Cotizaciones Obligatorias correspondientes a los períodos octubre 2019 a octubre 2020. Actualmente, sus ahorros se encuentran en el Fondo D.

Período Cotizado	Tipo Movimiento	Fecha de Pago	Monto Fondo de pensiones (10%)	Fondo Destino	Remuneración Imponible	Rut Pagador
09/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/10/2020	\$104.165	D	\$1.041.646	85.991.300-8
09/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/10/2020	\$13.229	D	\$1.041.646	85.991.300-8
09/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/10/2020	\$20.729	D	\$1.041.646	85.991.300-8
08/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	11/09/2020	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
08/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	11/09/2020	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8
08/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	11/09/2020	\$19.983	D	\$1.004.146	85.991.300-8
07/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	11/08/2020	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8
07/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	11/08/2020	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
07/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	11/08/2020	\$19.983	D	\$1.004.146	85.991.300-8
06/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	15/07/2020	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
06/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	15/07/2020	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8
06/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	15/07/2020	\$15.363	D	\$1.004.146	85.991.300-8
05/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	12/06/2020	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
05/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	12/06/2020	\$15.363	D	\$1.004.146	85.991.300-8
05/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	12/06/2020	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8

FOLIO FORMULARIO: **abe31256-d4a2-497e-8837-23bdaa6c03c2**

Este certificado tiene una validez de 30 días a contar de su fecha de emisión.

Puedes consultar validez ingresando a www.afphabitat.cl en opción Validador de Certificados.

Si quedaste con dudas, conéctate con nuestro Contact Center al 600 220 2000.

Período Cotizado	Tipo Movimiento	Fecha de Pago	Monto Fondo de pensiones (10%)	Fondo Destino	Remuneración Imponible	Rut Pagador
04/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	12/05/2020	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
04/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	12/05/2020	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8
04/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	12/05/2020	\$15.363	D	\$1.004.146	85.991.300-8
03/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	09/04/2020	\$20.445	D	\$1.336.268	85.991.300-8
03/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	09/04/2020	\$133.627	D	\$1.336.268	85.991.300-8
03/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	09/04/2020	\$16.970	D	\$1.336.268	85.991.300-8
02/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	12/03/2020	\$15.363	D	\$1.004.146	85.991.300-8
02/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	12/03/2020	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
02/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	12/03/2020	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8
01/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	12/02/2020	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
01/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	12/02/2020	\$15.363	D	\$1.004.146	85.991.300-8
01/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	12/02/2020	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8
12/2019	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	10/01/2020	\$17.276	D	\$1.129.146	85.991.300-8
12/2019	Pago Electronico Cotizacion Adicional	10/01/2020	\$14.340	D	\$1.129.146	85.991.300-8
12/2019	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	10/01/2020	\$112.915	D	\$1.129.146	85.991.300-8
11/2019	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	12/12/2019	\$15.363	D	\$1.004.146	85.991.300-8
11/2019	Pago Electronico Cotizacion Adicional	12/12/2019	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8
11/2019	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	12/12/2019	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
10/2019	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	12/11/2019	\$100.415	D	\$1.004.146	85.991.300-8
10/2019	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	12/11/2019	\$15.363	D	\$1.004.146	85.991.300-8
10/2019	Pago Electronico Cotizacion Adicional	12/11/2019	\$12.752	D	\$1.004.146	85.991.300-8

FOLIO FORMULARIO: **abe31256-d4a2-497e-8837-23bdaa6c03c2**

Este certificado tiene una validez de 30 días a contar de su fecha de emisión.

Puedes consultar validez ingresando a www.afphabitat.cl en opción Validador de Certificados.

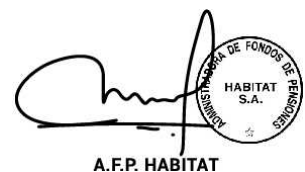
Si quedaste con dudas, conéctate con nuestro Contact Center al 600 220 2000.

RUT Pagador	
RUT	Nombre Empresa
85.991.300-8	MANEX LTDA

Saluda atentamente a usted.

FOLIO FORMULARIO: **abe31256-d4a2-497e-8837-23bdaa6c03c2**

Este certificado tiene una validez de 30 días a contar de su fecha de emisión.
Puedes consultar validez ingresando a www.afphabitat.cl en opción Validador de Certificados.
Si quedaste con dudas, conéctate con nuestro Contact Center al 600 220 2000.



A.F.P. HABITAT

Santiago, 15 de noviembre de 2020

Certificado de Beneficiarios

Certifico que el Sr. HECTOR EDMUNDO MORENO MONCADA cédula de identidad 9.416.117-7, es afiliado de Isapre Cruz Blanca, desde Noviembre de 2012, y actualmente mantiene entre su(s) beneficiario(s) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut
HECTOR EDMUNDO	MORENO	MONCADA	9.416.117-7
IGNACIO ANTONIO	MORENO	ZUÑIGA	18.620.687-8
SANTIAGO ARNALDO	MORENO	ZUÑIGA	19.524.273-9
ANGELES ROCIO	MORENO	ZUÑIGA	20.470.534-8

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

A blue circular seal with the text 'CERTIFICADO WEB' and 'CruzBlanca' in the center. A black ink signature is written over the seal.

Andrés Guimpert G.
Gerente Comercial y Clientes
Isapre CruzBlanca

CERTIFICADO COTIZACIONES

Folio N° : 697945E75C6D7A21CC

15 de noviembre de 2020

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : ANGELES ROCÍO MORENO ZÚÑIGA R.U.T.: 20.470.534-8 DOMICILIO: Silvina Hurtado 1815, Providencia, Santiago, Region Metropolitana registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 11/2019 y 11/2020.

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
12-2019	COTIZACION NORMAL	10/01/2020	15.939	0,36	44.196,88	76.547.440-K	B

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

AFP Modelo
Servicio al Cliente

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 número Folio de Certificación".

CERTIFICADO COTIZACIONES

Folio N° : 75AE45E75C6D81C4E0

15 de noviembre de 2020

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, el Sr. : IGNACIO ANTONIO MORENO ZÚÑIGA R.U.T.: 18.620.687-8 DOMICILIO: Alameda 01306, Sin Comuna, S/Ciudad Circ.1321, Sexta Region registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 05/1981 y 11/2020.

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
12-2015	COT. ATRASADA AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	25/08/2016	32.409	1,00	32.479,97	18.620.687-8	B
12-2010	COTIZACION NORMAL REZAGADO	10/01/2011	19.200	0,85	22.719,76	88.777.700-4	B

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, 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

AFP Modelo
Servicio al Cliente

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 número Folio de Certificación".

Sr(a). Profesional de la Salud:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la información requerida según corresponda.

1. Nombre paciente	MARTA ZÚNIGA
2. RUT	
3. Diagnóstico médico	ALZHEIMER
4. Clasificación de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad catastrófica ☒ Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad de mediano costo ☒ Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SI ☐ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	☐ SI ☒ NO
8. Tratamiento	Medicamentos y cuidados en casa
9. Medicamentos	Si, CITALOPRAM y QUETIAPINA
10. Alimentación especial	-
11. Insumos	-
12. Exámenes	ELECTROCARDIOGRAMA TIROIDES TAC CEREBRO
13. Observación	REQUERIMOS ASISTENCIA ADICIONAL O INTERNACIÓN

Mía José Ángel
 Nombre y RUT médico tratante
 Timbre de la Institución

Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

(Este documento debe ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que existan por el integrante del grupo familiar que recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro)

Nombre paciente	MARTA ZÚÑIGA PARADA
RUT	4.603.254-3
Diagnóstico	ALZHEIMER

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	X
Medicamentos	X
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	X
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	X
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	120.000

Nombre Jefe(a) de Hogar: XIMENA ZÚÑIGA

Firma:



Fecha: 18/11/2020

Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto).

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.

FORMULARIO DE CONSTANCIA
INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24º, Ley 19.966)

Folio: 427120



DATOS DEL PRESTADOR

Institución (Hospital, Clínicas, Consultorio, etc.): PEDRO DE VALDIVIA

Dirección: AV. NUEVA PROVIDENCIA 1920

Ciudad: PROVIDENCIA

Nombre persona que notifica: MARIA JOSE ANGEL PINTO

Rut persona que notifica en representación del Prestador de Salud : 16442095-7

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nombre Completo : MARTA FRESIA ZÚÑIGA PARADA

Rut Paciente : 4603254-3

Domicilio : Los Balois 418

Comuna : MAIPU

Región : REGIÓN METROPOLITANA

Número teléfono fijo :

Número teléfono celular : 992392409

Dirección correo electrónico (e-mail) : XIMENZUNIGA@VTR.NET

Previsión : ☒ Fonasa

☐ Isapre

INFORMACIÓN MÉDICA

Confirmación diagnóstica GES : ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Etapas: ☒ Confirmación diagnóstica

☒ Paciente en tratamiento

CONSTANCIA

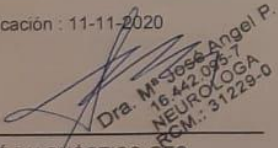
Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

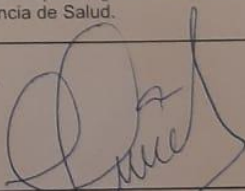
IMPORTANTE

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

Fecha de notificación : 11-11-2020

Hora de notificación : 17:44:13


INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)


TOMÉ CONOCIMIENTO
(Firma o huella digital del paciente o representante)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar :

Nombre : Ximena Zúñiga Zúñiga

Rut: 9665455-3

Número teléfono fijo :

Número teléfono Celular :

Dirección correo electrónico (e-mail) :

Sr(a). Profesional de la Salud:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la información requerida según corresponda.

1. Nombre paciente	XIMENA ZÚIGA
2. RUT	9.665.455-3
3. Diagnóstico médico	CÁNCER COLO SIGMOIDEO
4. Clasificación de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☒ Enfermedad catastrófica ☐ Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad de mediano costo ☒ Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SÍ ☐ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SÍ ☐ NO
8. Tratamiento	EN PROCESO
9. Medicamentos	—
10. Alimentación especial	— RESERVA DE ALIMENTOS 7 HARINAS
11. Insumos	—
12. Exámenes	VARIOS PET/CT / S AÚN PENDIENTE
13. Observación	SIN DEFINICIÓN DE TRATAMIENTO

Felipe Illanes
 Nombre y RUT médico tratante
 Timbre de la Institución

 Firma

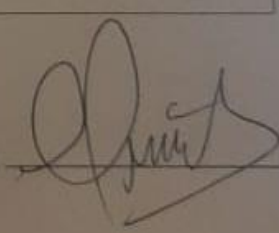
 Fecha

DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

(Este documento debe ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que existan por el integrante del grupo familiar que recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro)

Nombre paciente	XINENA ZUÑIGA
RUT	9.665.455-3
Diagnóstico	CANCER COLON (SEGURIDED)

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" - NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	
Medicamentos	X
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	X
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	X
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	50.000

Nombre Jefe(a) de Hogar: XINENA ZUÑIGA Firma: 

Fecha: 15/11/2020

Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto).

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): H. Clínico San Borja Arriarán
DIRECCIÓN: Santa Rosa N° 1234 CIUDAD: Santiago
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: FELIPE ILLANES FUERTES
RUT: 12832675-8

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE SOCIAL:
NOM. PACIENTE: XIMENA LILIANA ZUÑIGA ZUÑIGA
RUT: 9665455-3 FONASA: X ISAPRE:
DOMICILIO: LOS VALOIS, 418 COMUNA: Maipu REGIÓN: Santiago
N° TELÉFONO FIJO: N° DE TELÉFONO CELULAR: 92392409
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL):

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES: Cáncer Colorectal - Tumor maligno de la unión rectosigmoidea, (de los órganos digestivos)

☐

Confirmación Diagnóstica

☒

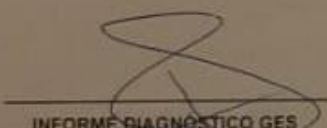
Paciente en tratamiento

FECHA Y HORA DE LA NOTIFICACIÓN: 06/03/2020

13:54:00

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.


INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)


TOMÉ CONOCIMIENTO
(Firma o huella digital del paciente o representante)

IMPORTANTE:

El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE

Nombre: _____ RUT: _____
Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____
Correo electrónico (E-mail): _____

Este documento debe ser llenado por el/la Jefe(a) de Hogar y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca, al que se le debe adjuntar los documentos que respaldan los gastos del periodo a declarar.

Declaración correspondiente al mes de: <u>NOVIEMBRE</u>	Fecha: <u>15/11/2020</u>
Nombre estudiante: <u>ANGELES MORENO ZUÑIGA</u>	Carrera: <u>Psicología</u>
Nº de Integrantes grupo familiar: <u>5</u>	Nº de Integrantes que aportan: <u>2</u>

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: <u>XIMENA ZUÑIGA ZUÑIGA</u>	RUT: <u>9.665.455-3</u>
Domicilio: <u>LOS VALDES 418</u>	Fono: <u>+569 92392409</u>
Domicilio laboral: <u>JAVIERA SALAS 4031</u>	Fono: <u>228845782</u>
Profesión, oficio o actividad: <u>ADMINISTRATIVA</u>	
Total ingreso mensual grupo familiar:	

2. GASTOS FAMILIARES

Concepto	Gasto grupo familiar	Gastos estudiante en Stgo. (solo si eres de región)
1. Alimentación	400.000	
2. Arriendo	—	
3. Dividendo	—	
4. Contribuciones	7500	
5. Luz	31.735	
6. Agua	15.576	
7. Combustible (gas, parafina, otros)	35.000	
8. Bencina	35.000	
9. Movilización	—	
10. Teléfono (fijo y/o celular)	40.000	
11. TV Cable	} 54.000	
12. Internet		
13. Útiles de aseo	50.000	
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)	643.000	
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)	75.000	
16. Vestuario		
17. Salud	170.000	
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)	—	
19. Otro (detallar):	—	
20. TOTALES	1.556.664	
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR	1.556.664	

3. OBSERVACIONES

SE SUMAN LOS APORTES DE LA BECA DAE
Y AYUDANTIA DE HIJOS
Y PUESTAS FAMILIARES

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.

Fecha: 15/11/2020

Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)

Sr(a). Profesional de la Salud:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la información requerida según corresponda.

1. Nombre paciente	XIMENA ZÚIGA
2. RUT	9.665.455-3
3. Diagnóstico médico	CÁNCER CECUM SIGMOIDEO
4. Clasificación de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☒ Enfermedad catastrófica ☐ Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad de mediano costo ☒ Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SI ☐ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SI ☐ NO
8. Tratamiento	EN PROCESO
9. Medicamentos	—
10. Alimentación especial	— RESUMCIÓN ALIMENTOS 7 HARINAS
11. Insumos	—
12. Exámenes	VARIOS PET/CT/S AUN PENDIENTE
13. Observación	SIN DEFINICIÓN DE TRATAMIENTO

Felipe Illanes
 Nombre y RUT médico tratante
 Timbre de la Institución

 Firma

 Fecha

DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

(Este documento debe ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que existan por el integrante del grupo familiar que recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro)

Nombre paciente	XINENA ZUÑIGA
RUT	9.665.455-3
Diagnóstico	CANCER COLON (SIGMOIDEO)

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" - NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	
Medicamentos	X
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	X
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	X
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	50.000

Nombre Jefe(a) de Hogar: XINENA ZUÑIGA Firma: 

Fecha: 15/11/2020

Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto).

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc): H. Clínico San Borja Amiarán
DIRECCIÓN: Santa Rosa N° 1234 CIUDAD: Santiago
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: FELIPE ILLANES FUERTES
RUT: 12832675-8

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE SOCIAL:
NOM. PACIENTE: XIMENA LILIANA ZUÑIGA ZUÑIGA
RUT: 9665455-3 FONASA: X ISAPRE:
DOMICILIO: LOS VALOIS, 418 COMUNA: Maipu REGIÓN: Santiago
N° TELÉFONO FIJO: N° DE TELÉFONO CELULAR: 92392409
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL):

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES: Cáncer Colorectal - Tumor maligno de la unión rectosigmoidea, (de los órganos digestivos)

☐

Confirmación Diagnóstica

☒

Paciente en tratamiento

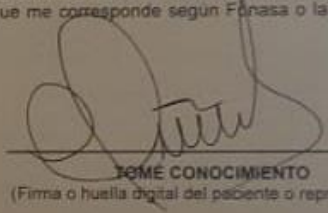
FECHA Y HORA DE LA NOTIFICACIÓN: 06/03/2020

13:54:00

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.


INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)


TOME CONOCIMIENTO
(Firma o huella digital del paciente o representante)

IMPORTANTE:

El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE

Nombre: _____ RUT: _____
Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____
Correo electrónico (E-mail): _____

MARTA FRESIA DEL C. ZUNIGA PARADA
LOS VALOIS 418 NVO. BARRIO ORIENTE
MAIPU
SANTIAGO

VIDA

security

LIQUIDACION DE PENSION

Esta liquidación de pensión es procesada por Banco Santander

SOBREVIVEN

Renta UF: 06,66

FECHA:

Octubre de 2020

EMPRESA	R.U.T.	
SEGUROS VIDA SECURITY PREVISIO	99301000-6	
NOMBRE	R.U.T.	POLIZA
MARTA FRESIA DEL C. ZUNIGA PARADA	04603254-3	3000353

HABERES		DESCUENTOS	
0 Renta Vitalicia	191.658	Cotización Salu Fonasa	13.416
		Bono Exec. 7(-)	13.416
		Total Cot. a Pa	0
TOTAL HABERES		TOTAL DESCUENTOS	
191.658		0	

ALCANCE LIQUIDO	ANTICIPOS	NO IMPONIBLE	TOTAL A PAGAR
191.658			191.658

OBSERVACIONES:

Nro Beneficiarios 01
Nro Cargas 00
Forma de Pago Deposito
Proximo Pago 20/11/2020

Rut Apoderado 4 603 254-3
Nombre Apoderad MARTA FRESIA DEL C. ZUNIGA PARADA
F de Pago: 20/10/2020 02/87/7748

Dirección : JAVIERA SALAS 4031

ESTACION CENTRAL

Ciudad : SANTIAGO

RUT Empresa : 85991300 - 8

Manex

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

JUNIO de 2020

Sede : 1 CASA MATRIZ

C.de Costo : 101001 GERENCIA

NOMBRE :	ZUÑIGA	ZUÑIGA	XIMENA LILIANA	MODALIDAD PAGO:	DEPOSITO
NIT :	9665455	RUT :	9665455 -3	LUGAR TRABAJO :	JAVIERA SALAS 4031
INICIO CONTRATO :	05-11-2005			TIPO CONTRATO :	INDEFINIDO
SUELDO BASE :	885.000,00	PESOS		TIPO DE COSTO :	INDIRECTO
CARGO :	ASIST.CONTABLE			FECHA DE PAGO :	30-06-2020

HABERES IMPONIBLES

SUELDO BASE	885.000
GRATIFICACION	119.146
TOTAL IMPONIBLE	1.004.146

HABERES NO IMPONIBLES

MOVILIZACION	45.000
COLACION	45.000
	90.000

TOTAL HABERES 1.094.146

DESCUENTOS LEGALES

FONASA	7,0000 %	70.290
AFP HABITAT	11,27 %	113.167
IMPUESTO UNICO		5.627

189.084

TOTAL DESCUENTOS 189.084

DIAS TRABAJADOS 30,00 H.EXTRAS 50% 0,00 H.EXTRAS 100% 0,00 A PAGAR \$ 905.062

Datos de la Liquidación

BASE IMPONIBLE	1.004.146	BASE TRIBUTABLE	820.689	TASA IMPUESTO	4,00
DIAS INASISTENCIA	0,00	DIAS LIC. MEDICA	0,00	DIAS DE VACACIONES	0,00
HRS. TRABAJADAS	0,00	HRS. A DESCONTAR	0,00	VALOR HORA	0
PERM. LEY N° 20.137	0,00	D.LEY N° 18.156	0,00	T.BO. PROD.REAL	0,00
TOTAL VAR. REAL	0,00				

Certifico que he recibido de MANUF.EXPORT.E IMPORT.LTDA.

a mi entera satisfacción como saldo líquido de la presente liquidación y no tengo la suma de \$ 965.062

cargo ni cobro alguno que hacer.

V° B° RR. HH.

Firma del Trabajador



Empresa : MANUF.EXPORT.E IMPORT.LTDA
Dirección : JAVIERA SALAS 4031
Ciudad : SANTIAGO

ESTACION CENTRAL
RUT Empresa : 85991300 - 8



LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

JULIO de 2020

Sede : 1 CASA MATRIZ

C.de Costo : 101001 GERENCIA

NOMBRE :	ZUÑIGA	ZUÑIGA	XIMENA LILIANA	MODALIDAD PAGO:	DEPOSITO
NIT :	9665455	RUT :	9665455 - 3	LUGAR TRABAJO :	JAVIERA SALAS 4031
INICIO CONTRATO :	05-11-2005			TIPO CONTRATO :	INDEFINIDO
SUELDO BASE :	885.000,00	PESOS		TIPO DE COSTO :	INDIRECTO
CARGO :	ASIST.CONTABLE			FECHA DE PAGO :	31-07-2020

HABERES IMPONIBLES

SUELDO BASE 885.000
GRATIFICACION 119.146

TOTAL IMPONIBLE 1.004.146 1.004.146

HABERES NO IMPONIBLES

MOVILIZACION 45.000
COLACION 45.000

90.000

TOTAL HABERES 1.094.146

DESCUENTOS LEGALES

FONASA 7,0000 % 70.290
AFP HABITAT 11,27 % 113.167

IMPUESTO UNICO 5.654

189.111

TOTAL DESCUENTOS 189.111

DIAS TRABAJADOS 30,00 H.EXTRAS 50% 0,00 H.EXTRAS 100% 0,00 A PAGAR \$ 905.035

Datos de la Liquidación

BASE IMPONIBLE	1.004.146	BASE TRIBUTABLE	820.689	TASA IMPUESTO	4,00
DIAS INASISTENCIA	0,00	DIAS LIC. MEDICA	0,00	DIAS DE VACACIONES	0,00
HRS. TRABAJADAS	0,00	HRS. A DESCONTAR	0,00	VALOR HORA	0
PERM. LEY N° 20.137	0,00	D.LEY N° 18.156	0,00	T.BO.PROD.REAL	0,00
TOTAL VAR. REAL	0,00				

Certifico que he recibido de MANUF.EXPORT.E IMPORT.LTDA la suma de \$ 905.035
a mi entera satisfacción como saldo líquido de la presente liquidación y no tengo
cargo ni cobro alguno que hacer.

V° B° RR.HH.

Firma del Trabajador



Empresa : MANUF.EXPORT.E IMPORT.LTDA

Dirección : JAVIERA SALAS 4031

Ciudad : SANTIAGO

ESTACION CENTRAL

RUT Empresa : 85991300 - 8

Manex

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

AGOSTO de 2020

Sede : 1 CASA MATRIZ

C.de Costo : 101001 GERENCIA

NOMBRE : ZUÑIGA	ZUÑIGA	XIMENA LILIANA	MODALIDAD PAGO: DEPOSITO
NIT : 9665455	RUT : 9665455	-3	LUGAR TRABAJO : JAVIERA SALAS 4031
INICIO CONTRATO : 05-11-2005			TIPO CONTRATO : INDEFINIDO
SUELDO BASE : 885.000,00	PESOS		TIPO DE COSTO : INDIRECTO
CARGO : ASIST.CONTABLE			FECHA DE PAGO : 31-08-2020

HABERES IMPONIBLES

SUELDO BASE 885.000
GRATIFICACION 119.146

TOTAL IMPONIBLE 1.004.146 1.004.146

HABERES NO IMPONIBLES

MOVILIZACION 45.000
COLACION 45.000

90.000

TOTAL HABERES 1.094.146

DESCUENTOS LEGALES

FONASA 7,0000 % 70.290
AFP HABITAT 11,27 % 113.167
IMPUESTO UNICO 5.681

189.138

TOTAL DESCUENTOS 189.138

DIAS TRABAJADOS 30,00 **H.EXTRAS 50%** 0,00 **H.EXTRAS 100%** 0,00 **A PAGAR \$** 905.008

Datos de la Liquidación					
BASE IMPONIBLE	1.004.146	BASE TRIBUTABLE	820.689	TASA IMPUESTO	4,00
DIAS INASISTENCIA	0,00	DIAS LIC. MEDICA	0,00	DIAS DE VACACIONES	0,00
HRS. TRABAJADAS	0,00	HRS. A DESCONTAR	0,00	VALOR HORA	0
PERM. LEY N° 20.137	0,00	D.LEY N° 18.156	0,00	T.BO.PROD.REAL	0,00
TOTAL VAR. REAL	0,00				

Certifico que he recibido de MANUF.EXPORT.E IMPORT.LTDA la suma de \$ 905.008
a mi entera satisfacción como saldo líquido de la presente liquidación y no tengo
cargo ni cobro alguno que hacer.

V° B° RR.HH.

Firma del Trabajador



Hola, mi papá no entrega pensión alimenticia desde que le diagnosticaron cáncer en el año 2012, debido a que tiene que pagar los remedios para su leucemia. Lo único que aporta es tenernos como carga en su Isapre, sin embargo, desde inicios de este año 2020 no ha pagado debido a que ya no tiene trabajo, por lo tanto, actualmente me encuentro sin sistema de salud.

Ángeles Moreno Z.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ángeles Moreno Z.', written in a cursive style.

CERTIFICADO DE INSCRIPCION R.V.M.

PROPIETARIO: : XIMENA LILIANA ZÚÑIGA ZÚÑIGA

DOMICILIO : LOS VALOIS 418 MAIPÚ

TIPO VEHICULO : STATION WAGON

AÑO : 2019

MARCA : SUZUKI

MODELO : VITARA GLS 1.6

Nro. MOTOR : M16A-2281788

Nro. CHASIS : TSMYD21S7KM515657

Nro. SERIE :

Nro. VIN :

COLOR : GRIS METALICO

SRCeI

INSC.PPU : LCFZ.14-1

RUN o RUT : 9.665.455-3

ADQUISICION: 26 DIC 2018

INSCRIPCION: 7 ENE 2019

EMISION : 8 ENE 2019

FOLIO:60277486

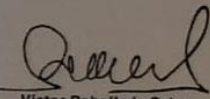
Código Verificación:

bd8989ba34ed



60277486




Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)

FECHA EMISION : 8 ENE 2019, 03:10.

www.registrocivil.gob.cl



REPÚBLICA DE CHILE

FOLIO : 500355367541

Código Verificación:
da947820921a



500355367541

CERTIFICADO DE MATRIMONIO

Circunscripción : MAIPÚ

Nro. Inscripción : 1.080

Registro :

Año : 1993

Nombre del Marido : HÉCTOR EDMUNDO MORENO MONCADA

R.D.N. : 9.416.117-7

Fecha nacimiento : 10 Junio 1962

Nombre de la Mujer : XIMENA LILIANA ZÚNIGA ZÚNIGA

R.D.N. : 9.665.455-3

Fecha nacimiento : 30 Noviembre 1964

FECHA CELEBRACIÓN : 5 Julio 1993 A LAS 09:00 HORAS.

En el acto del matrimonio los contrayentes pactaron
separación total de bienes.

NULEIDAD DE MATRIMONIO

POR SENTENCIA EJECUTORIADA DE FECHA
10-09-2002 DEL JUZGADO 22 CIVIL SANTIAGO
APROBADA EL 14-10-2002 SE DECLARA NULO
EL MATRIMONIO DE LOS TITULARES DE ESTA
PARTIDA.
FECHA SUBINSCRIPCIÓN: 24 Marzo 2003

FECHA EMISIÓN: 10 Noviembre 2020, 14:03.

Certificado Gratuito

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada

CERTIFICADO DE AVALÚO FISCAL

Avalúos en pesos del SEGUNDO SEMESTRE DE 2020

Comuna	: MAIPU
Número de Rol de Avalúo	: 00714 - 00020
Dirección o Nombre del bien raíz	: PJE LOS VALOIS 418 BARRIO ORIENTE SECTO
Destino del bien raíz	: HABITACIONAL
Registrado a Nombre de	: ZUNIGA PARADA MARTA FRESIA DEL CAR
RUN o RUT Registrado	: 4.603.254-3

AVALÚO TOTAL	: \$	48.929.544
AVALÚO EXENTO DE IMPUESTO	: \$	35.484.530
AVALÚO AFECTO A IMPUESTO	: \$	13.445.014

El avalúo que se certifica ha sido determinado según el procedimiento de tasación fiscal para el cálculo del impuesto territorial, de acuerdo a la legislación vigente, y por tanto no corresponde a una tasación comercial de la propiedad.

Este Certificado no acredita dominio del bien raíz.

Por Orden del Director



CERTIFICADO GRATUITO

CERTIFICADO DE AVALÚO FISCAL

Avalúos en pesos del SEGUNDO SEMESTRE DE 2020

Comuna : MAIPU
Número de Rol de Avalúo : 04036 – 00029
Dirección o Nombre del bien raíz : PJE FEDERICO GUESALAGA 134 P VERSALLES I ET VII
Destino del bien raíz : HABITACIONAL

AVALÚO TOTAL	: \$	42.056.950
AVALÚO EXENTO DE IMPUESTO	: \$	35.484.530
AVALÚO AFECTO A IMPUESTO	: \$	6.572.420

El avalúo que se certifica ha sido determinado según el procedimiento de tasación fiscal para el cálculo del impuesto territorial, de acuerdo a la legislación vigente, y por tanto no corresponde a una tasación comercial de la propiedad.

Por Orden del Director**CERTIFICADO GRATUITO**