

Comprobante de postulación a beneficios

Estimado/a Mauricio Alexis Encina Acevedo, RUT 20.704.421-0

¡Felicitaciones! Has terminado de completar tu [FOCES](#)

¡En la Chile, todos y todas contamos!

¡Importante! Aún debes realizar la etapa presencial del proceso de postulación o renovación de los beneficios estudiantiles:

¿Qué tienes que hacer?

1. Consultar los plazos del proceso de acreditación socioeconómica internos en tu [Oficina de Bienestar](#) de tu Facultad, Instituto o Programa.
2. Pedir una entrevista con tu [asistente social](#) de tu unidad académica.
3. Recopilar la [documentación](#) necesaria para acreditar tu situación socioeconómica y entregarla el día de la entrevista.

¡No olvides llevar tu “Comprobante de postulación a beneficios” de FOCES!

4. Confirmar el término de tu renovación/postulación con tu asistente social.

¡Importante! El Programa de Residencia Universitaria y el Programa de Corresponsabilidad Parental tienen fechas especiales, consúltalos con tu asistente social.

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

domingo 18 de octubre de 2020 a las 16:44:56

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)



Cartola Hogar

Registro Social de Hogares

Folio #42798078
Fecha Confirmación Ciudadano: 03/05/2014

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

**Luisa Cecilia
Acevedo Salinas**

RUN:

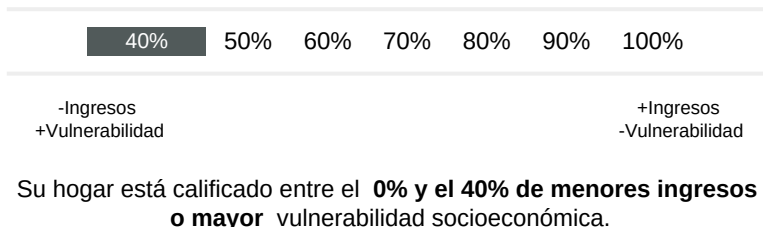
9.484.684-6

Dirección del Hogar:

Anibal Zanartu, Nro domicilio: 2895, Renca.

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
9.484.XXX-X	Luisa Cecilia Acevedo Salinas	Jefe(a) de hogar
19.842.XXX-X	Nicolás Ignacio Encina Acevedo	Hijo(a) de ambos
20.704.XXX-X	Mauricio Alexis Encina Acevedo	Hijo(a) de ambos
19.842.XXX-X	Dominique Belén Encina Acevedo	Hijo(a) de ambos
19.308.XXX-X	Muriel Stephanie Encina Acevedo	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

Menores de 18 años
0 personas

De 60 años o más
0 persona

Dependencia o discapacidad
1 personas

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$345.000 y \$425.000

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 \$345.000 y \$425.000**

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 Noviembre a las 17:58 hrs.

CERTIFICADO DE COTIZACIONES

AFP PlanVital S.A., certifica que a la fecha, **DOMINIQUE BELÉN ENCINA ACEVEDO**, R.U.T.: **19.842.331-9**

Domicilio: anibal zañartu 2895, RENCA, SANTIAGO, REGION METROPOLITANA

Registra en su **Cuenta Obligatoria** las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 11/2017 y 11/2020

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

Folio N° : 586244BB5C43CF56F1

12 de noviembre de 2020

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, el Sr. : MAURICIO ALEXIS ENCINA ACEVEDO R.U.T.: 20.704.421-0 DOMICILIO: Teatinos 371 209, Santiago, Santiago, Region Metropolitana 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			
06-2019	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	14/08/2019	38.134	0,96	39.885,98	76.208.585-2	B
05-2019	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	10/07/2019	39.201	0,98	40.038,54	76.208.585-2	B
04-2019	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	07/06/2019	42.605	1,07	39.752,22	76.208.585-2	B
03-2019	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	07/06/2019	43.950	1,11	39.752,22	76.208.585-2	B
02-2019	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	07/06/2019	33.600	0,85	39.752,22	76.208.585-2	B
01-2019	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	07/06/2019	10.600	0,27	39.752,22	76.208.585-2	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 COTIZACIONES

Folio N° : 7D141375BAF9537E7

03 de noviembre de 2020

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : MURIEL STEPHANIE ENCINA ACEVEDO R.U.T.: 19.308.598-9 DOMICILIO: Anibal Zañartu 2895 Poblacion Bulnes, Renca, 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			
09-2020	COTIZACION NORMAL	07/10/2020	4.584	0,10	43.899,51	89.274.100-K	B
07-2020	COTIZACION NORMAL	07/08/2020	2.629	0,06	43.391,45	89.274.100-K	B
07-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	07/08/2020	7.478	0,17	43.391,45	81.826.800-9	B
07-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	07/08/2020	11.752	0,27	43.391,45	81.826.800-9	B
06-2020	COTIZACION NORMAL	06/07/2020	2.629	0,06	42.901,30	89.274.100-K	B
05-2020	COTIZACION NORMAL	09/06/2020	19.938	0,48	41.408,59	89.274.100-K	B
04-2020	COTIZACION NORMAL	08/05/2020	37.306	0,93	39.939,29	89.274.100-K	B
04-2020	RELIQUIDACION TRASPASO INGRESO	20/05/2020	7.654	0,19	39.999,58	81.826.800-9	B
03-2020	COTIZACION NORMAL	07/04/2020	4.989	0,13	37.880,81	89.274.100-K	B
02-2020	COTIZACION NORMAL	09/03/2020	25.446	0,60	42.636,13	89.274.100-K	B
01-2020	COTIZACION NORMAL	07/02/2020	9.633	0,22	44.286,31	89.274.100-K	B
01-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	10/02/2020	28.094	0,64	44.374,67	81.826.800-9	B
12-2019	COTIZACION NORMAL	10/01/2020	32.755	0,74	44.196,88	89.274.100-K	B
11-2019	COTIZACION NORMAL	09/12/2019	30.647	0,72	42.763,18	89.274.100-K	B

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

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° : 4C2D41375BB2EF2D69

03 de noviembre de 2020

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : LUISA CECILIA ACEVEDO SALINAS R.U.T.: 9.484.684-6 DOMICILIO: Avda Zanartu 2895 Poblacion Bulnes, Renca, 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			
09-2020	COTIZACION NORMAL	07/10/2020	4.584	0,10	43.899,51	89.274.100-K	B
09-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	07/10/2020	100.370	2,30	43.899,51	81.826.800-9	B
09-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	07/10/2020	41.441	0,94	43.899,51	81.826.800-9	B
08-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	08/09/2020	21.367	0,49	43.609,18	81.826.800-9	B
07-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	07/08/2020	64.101	1,47	43.391,45	81.826.800-9	B
05-2020	COTIZACION NORMAL	09/06/2020	28.429	0,69	41.408,59	89.274.100-K	B
05-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	09/06/2020	21.367	0,52	41.408,59	81.826.800-9	B
05-2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	09/06/2020	27.763	0,67	41.408,59	81.826.800-9	B
04-2020	COTIZACION NORMAL	08/05/2020	60.089	1,50	39.939,29	89.274.100-K	B
03-2020	COTIZACION NORMAL	07/04/2020	59.493	1,57	37.880,81	89.274.100-K	B
02-2020	COTIZACION NORMAL	09/03/2020	55.895	1,31	42.636,13	89.274.100-K	B
01-2020	COTIZACION NORMAL	07/02/2020	52.161	1,18	44.286,31	89.274.100-K	B
12-2019	COTIZACION NORMAL	10/01/2020	76.042	1,72	44.196,88	89.274.100-K	B
12-2019	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	09/01/2020	4.013	0,09	44.064,12	81.826.800-9	B
11-2019	COTIZACION NORMAL	09/12/2019	44.727	1,05	42.763,18	89.274.100-K	B

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

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".

Consulta de Afiliación

Certifico que la persona con RUT N° 19842330-0, no se encuentra incorporada a ninguna Administradora de Fondos de Pensiones del Sistema de Capitalización Individual del D.L. 3.500.

Lo anterior, de acuerdo con la información proporcionada a esta Superintendencia por las AFP, actualizada al último día hábil del mes de Septiembre de 2020.

De acuerdo a la información proporcionada por la AFC, actualizada al último día hábil del mes de Septiembre de 2020, la persona con RUT N° 19842330-0, no se encuentra incorporado(a) a la AFC.

Si desea afiliarse, visite www.afcchile.cl o llame al teléfono gratuito 800800232 para obtener información.

← Volver

JUNTA DE VECINOS POBLACION BULNES

UNIDAD VECINAL 23 - A

PERSONERIA JURIDICA N° 6

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Nº 000979

La Junta de Vecinos Población Bulnes de la Unidad Vecinal 23-A de la comuna de Renca certifica que:

Don(ña) Mauricio Alexis Cuevas Acavedo

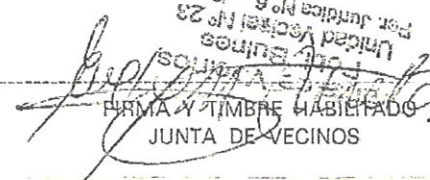
C.I. 20.704.421-0 tiene registro de socio N° _____, su domicilio es _____

Anibal Zañartu

Nº 2895 Villa o Población Bulnes

Se otorga este certificado para ser presentado en Municipalidad de Renca

Renca, 11 de noviembre de 2020


FIRMA Y TIMBRE HABILITADO
JUNTA DE VECINOS
Por Junta de Vecinos
Unidad Vecinal Nº 23
Población Bulnes
Renca - 9 de Julio Nº 6



UNIVERSIDAD
ALBERTO HURTADO

CERTIFICADO ALUMNO REGULAR

La UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO, RUT 73.923.400-K, certifica que don(ña) MURIEL STEPHANIE ENCINA ACEVEDO, RUT 19.308.598-9, es estudiante regular de la Carrera de SOCIOLOGÍA en el período académico 2020

Se otorga el presente certificado a pedido del(a) interesado(a), para los fines que estime convenientes.

Código de verificación: BD1XRO7FKI-20

JOSÉ GAETE POLANCO
Director de Admisión y Registro Académico

SANTIAGO, 29 de Abril de 2020



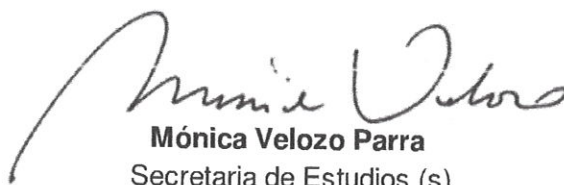
FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago, Martes 10 de Noviembre de 2020

Certificado de Estudiante Regular

La Secretaria de Estudios (s) que suscribe, certifica que **Nicolás Ignacio Encina Acevedo**, Cédula de Identidad N° 19.842.330-0, Matrícula N° 2016114321, registra la calidad de estudiante regular durante el período Segundo Semestre de 2020 en la carrera de **Derecho**, dependiente de la Facultad de Derecho.

Se otorga el presente certificado a solicitud del interesado para asignación familiar.



Mónica Velozo Parra
Secretaria de Estudios (s)

Verificación de certificado
<https://ucampus.uchile.cl/v/5538529821130>

Página 1 de 1



Santiago, Martes 10 de Noviembre de 2020

Certificado de Estudiante Regular

La Secretaria de Estudios que suscribe, certifica que **Mauricio Alexis Encina Acevedo**, Cédula de Identidad N° 20.704.421-0, Matrícula N° 2020114957, registra la calidad de estudiante regular durante el período Segundo Semestre de 2020 en la carrera de **Sociología**, dependiente de la Facultad de Ciencias Sociales.

Se otorga el presente certificado a solicitud del interesado para asignación familiar.



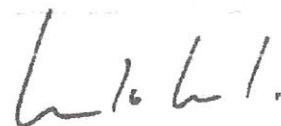
Isabel Barros
Secretaria de Estudios



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **DOMINIQUE BELÉN ENCINA ACEVEDO**, RUN **19842331-9**, 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.



Marcelo Mosso Gómez
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: 10/11/2020
Código de Verificación: 1061120493



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **NICOLÁS IGNACIO ENCINA ACEVEDO**, RUN **19842330-0**, 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.



Marcelo Mosso Gómez
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: 10/11/2020
Código de Verificación: 2335361115



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **MURIEL STEPHANIE ENCINA ACEVEDO**, RUN **19308598-9**, 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.



Marcelo Mosso Gómez
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: 10/11/2020
Código de Verificación: 3670198184



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **MAURICIO ALEXIS ENCINA ACEVEDO**, RUN **20704421-0**, 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.



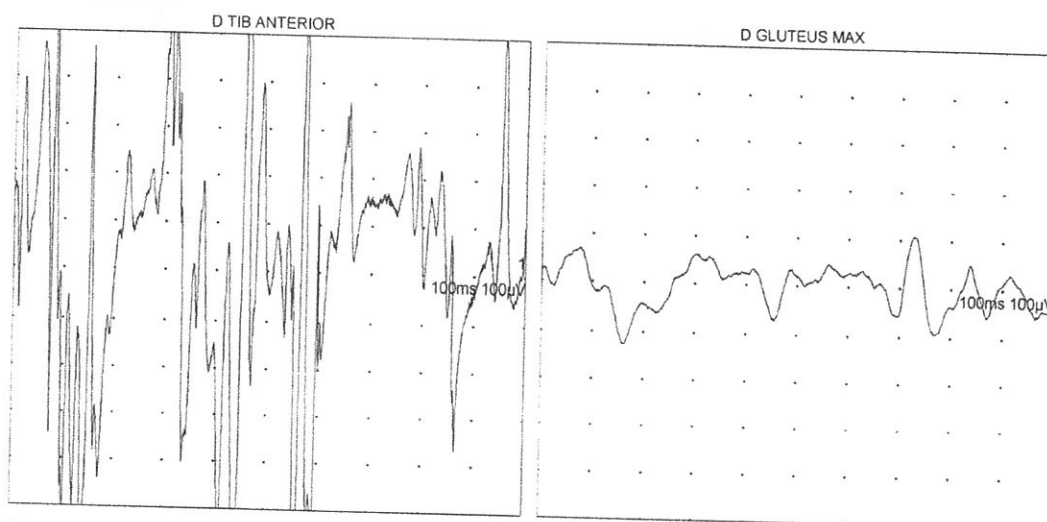
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

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: 10/11/2020
Código de Verificación: 3605682605

Needle EMG



EMG Summary Table										
D. GLUTEUS MAX	N	None	None	None	None	-1	N	N	-1	max
										max

RESULTADOS

- 1.-Latencias sensitivas de nervios Sural bilateral ausentes.
- 2.-Latencias sensitivas de nervios Mediano derecho ausentes.
- 3.-Reflejo H de nervio tibial bilateral, con registro en musculo Soleo, muestran ausencia de respuesta
- 4.-Neuroconduccion motora de nervios peroneo común bilateral no muestran respuestas.
- 5.-Neuroconduccion motora de nervios Tibial bilateral muestran latencias prolongadas, amplitudes y velocidades muy disminuidas.
- 6.-Onda F de nervio Tibial izquierdo ausentes.
- 7.-Neuroconduccion motora de nervio Mediano derecho muestran latencias prolongadas, amplitud distal y velocidades muy disminuidas.
- 8.-Exploración electromiográfica muestra silencio en reposo con trazados de esfuerzo normal para actividad realizada y presencia de UM ligeramente polifásicas, levemente anchas y amplias en músculo distal.

CONCLUSIONES

Examen neurofisiológico de cuatro extremidades que muestra signos de una polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante simétrica con daño axonal secundario.

Dr. Boris Mena Urrutia
Neurólogo

Santiago, 17 de Octubre del 2013

Nombre: Theresa Alicia Stevens

Edad: 39 years Ref: 548984-6

Diagnóstico: Charcot Marie Tooth

Или вербный.

Rp

✂ Plantillas Ortopédicas

Correas Paylick

Ortesis Dennis Brown

Ortesis de Atlanta

Ortesis Abductora de Cadera (Calzón)

Ortesis Hallux Valgus

Ortesis de Montes

Ortesis Tobillo Pie (OTP)

Ortesis Genu Varo

Ortesis Genu Valgo

Ortesis Abductora metatarso Falange

Zapato Horno Recta

Zapato Corrector Para Plantilla

Zapato Ortopédico

Corset Milwaukee

Corset TLSO

Corset TLSO Bi Vaivo

Corset Jewett

Corset Knight Taylor

Corset Compresivo Dinámico Pectun Carisnatum



FIRMA MEDICO

CONSULTAS

AV. LIB. B. O'HIGGINS 2825
LOCAL 39
ALT. METRO U. LAT. AMERICANA
FONO CONSULTA: 2682 6548

HORARIO ATENCION:
MARTES 17.30 - 19.00 Hrs.
JUEVES 17.30 - 19.00 Hrs.
SABADO 12.00 - 14.00 Hrs.

CALLE PROFESOR ZAÑARTU 1125 - B
(COSTADO HOSP. ROB. DEL RIO)
Fono: 2735 1931

ORTOPEDIA

Humberto Salazar Yañez

R.C. 1.784 - 27.992

ORTESISTA Y PARAMEDICO

CELULAR: 97115778

Presupuesto Hospitalización



MONTO PRESUPUESTO 140.486
NOMBRE PACIENTE Dominique Belen Encina Acevedo
TELÉFONO/CEL. 19.842.331-9
CORREO ELECTRÓNICO 9-35340470
EMAIL Dominique.belen10@gmail.com
FECHA EMISIÓN 10/01/2020
COBERTURA Fonasa - Fonasa Libre Eleccion

TIPO PRESUPUESTO Convencional
MEDICO TRATANTE Elgueta Rouveyrol Stephane
RUT MÉDICO 15.960.269-9
FECHA PROB. CIRUGÍA 22/01/2020
ORDEN MÉDICA SI
FECHA VIGENCIA 25/01/2020
TÉCNICA Convencional

CÓDIGO	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN
21-04-194-00	Ortejos En Garra Trat.quir.-pab
21-04-194-00	Ortejos En Garra Trat.quir.-pab
21-06-003-00	Ret De Tornillos Clavos Agujas Ost.-pab

DETALLE DE LA INTERVENCIÓN

Descripción	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Costo Cama			
Habit.indiv.cirugia	1,0	287.693	287.693
Ortejos Pabellon			
21-04-194-00 (005)	1,0	354.276	354.276
21-04-194-00 (005)	0,5	354.276	177.138
21-06-003-00 (005)	0,5	354.276	177.138
Medicamentos			
Consumos y Materiales			37.082
Medicamentos			267.877
TOTAL APROXIMADO CLÍNICA (1)			1.435.120

TARIFAS MÉDICAS

	CIRUJANO 1	CIRUJANO 2	ANESTESISTA	ARSENALER	TOTAL
			A	A	
21-04-194-00	131.520	32.880	44.930	34.882	244.212
21-04-194-00	65.760	16.440	22.465	17.441	122.106
21-06-003-00	36.150	0	0	17.441	53.591
TOTAL APROX.	233.430	49.320	67.395	69.764	419.909

TOTAL APROXIMADO	(1)+(2)	1.855.029
-------------------------	---------	-----------

RESPONSABLE EJECUTIVO(O) DE PRESUPUESTO: ROBERTO GUTIERREZ FUENTES

Para consultas en relación al presupuesto, comuníquese a presupuestos.santiago@redsalud.cl

Para permitir a vuestro paciente hacer uso de los beneficios del seguro de salud, solicitamos que aporte los siguientes antecedentes

En caso de Prestación Dental

En caso de ortodencia:

2. Declaración del asegurado

En caso que los gastos médicos sean consecuencia de un accidente, rogamos adjuntar formulario de "declaración de Accidente".
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son veraces.

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y faculto irrevocablemente a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., para que requiera o solicite toda la información sobre mis antecedentes patológicos o los de mi(s) dependiente(s), como también a los médicos y/o instituciones para que suministren a la compañía la información completa o copias de sus archivos, a objeto de analizar esta reclamación.

Además de los documentos acompañados a esta denuncia de siniestro, el Liquidador o la Compañía podrán solicitar otros documentos adicionales cuando las circunstancias del siniestro lo permitan o sea necesario aclarar o complementar la información proporcionada con esta denuncia. Este siniestro será liquidado en forma discrecional.

Este siniestro será liquidado en forma directa por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., RUT: 99.185.000-7, domiciliada en Av. Apoquindo N° 5550, de la comuna de Las Condes, Santiago. Sin embargo, al asegurado o beneficiario le asiste el derecho a solicitar por escrito a la Compañía que la liquidación sea realizada por un liquidador oficial de seguros, para lo cual dispone de un plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha.

Con la firma de esta declaración usted acepta la declaración directa. La falta de firma posterga el inicio de la liquidación de este siniestro, tramitándose esta denuncia conforme al D.S. 1055.

Firma del Denunciante
Asegurado / Beneficiario

CHILENA
CONSOLIDADA

Comprobante de Denuncia de Siniestro
Nº 81453193-5

81453193

Fecha de Envío a la Compañía: ____/____/____

Sr. Asegurado, Sugerimos conserve este comprobante para posterior seguimiento de su siniestro

INFORME MEDICO

El médico que suscribe certifica que Dominique Encina Acevedo Rut 19842331-9 de 22 años es portadora de una Polineuropatía hereditaria tipo Charcot Marie Tooth 1ª con confirmación electrofisiológica y genética, con deformación ósea distal en relación a su enfermedad

SE entrega el presente certificado a solicitud del familiar.

DR RICARDO HUGHES GARCIA

NEUROLOGO CDT COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE

Santiago 10 de marzo del 2020



DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE PREPAGO

CIRUGIAS PROGRAMADAS.

Yo LOIS ACEVEDO SUÑAS Run N° 9.484684-6

En calidad de paciente y/o en representación de Sr(a) DORINDA ENCAÑA
ACEVEDO Run N° 19842331-9

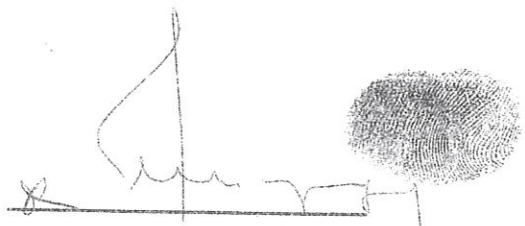
Por medio del presente documento,
declaro voluntariamente realizar un prepago a la cuenta de hospitalización correspondiente al ID

N° 517027 derivado de atención Urgencia Rol:

El prepago es realizado con fecha 2/5/2009 hora 14:03

Por un monto de \$ 1571.618 realizado en (Efectivo, Tarjeta de Débito, Tarjeta de Crédito y/o Tarjeta de casa Comercial, transferencia bancaria, depósito y cualquier otro medio de pago) a mi elección.

Una vez cerrada la cuenta de Hospitalización, el monto prepago será imputado a la diferencia no cubierta por el sistema de previsión de salud del paciente.


Firma y huella de paciente / Representante

**En caso de ser necesario realizar devolución, favor llenar los siguientes datos:*

Nombre Completo titular cuenta:

Rut:

Tipo de cuenta:

Entidad bancaria:

N° de Cuenta:

Mail:

N° telefónico:

Santiago, 2 de 5 de 2019


Nombre Admisor Responsable

DECLARACIÓN DE PENSIÓN DE ALIMENTOS INFORMAL

Este documento debe ser completado por el padre o madre que no forma parte del grupo familiar que realiza aporte económico por concepto de pensión de alimentos para el(los) hijo(s), pero que no ha regularizado el trámite vía Tribunal de Familia.

Yo Hugo Mauricio Encina Alvarado (Nombre de quien entrega la pensión), RUT 9796092-5,
Padre (padre o madre), declaro que entrego la suma de \$ 100.000.- como aporte para la
mantención de mi(s) hijo(s) Matías, Nicolás, Doménigo y Mauricio (Nombrar a los hijos en común)
y que no hemos realizado el trámite correspondiente para legalizar la pensión de alimentos ante el Juzgado
de Familia.

(En el caso de asumir gastos adicionales que se pagan de forma directa, tales como: tratamiento dental, colegiatura, crédito hipotecario, entre otros, indicar en la siguiente tabla).

Junto con ello, declaro que soy responsable de los siguientes gastos mensuales que pago de forma directa, los que describo a continuación.

Concepto	Gasto
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
TOTAL	

H: Encina A.
Firma (obligatoria)

Fecha 08 / 24 / 2020

Junto a este certificado debe adjuntar fotocopia cédula de identidad, liquidación de sueldo del mes de agosto y certificado de residencia de quien entrega la pensión.

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.

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	Lisa Cecilia Acuña Solinas.
RUT	9.484.684-6
Diagnóstico	Bipolaridad - Trastorno de la personalidad.

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	35.000.- (Mayo, junio, julio, Agosto, Sep y Octubre)
Medicamentos	
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	35.000.-

Nombre Jefe(a) de Hogar: Lisa Cecilia Acuña Solinas Firma: _____

Fecha: 08 / 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.

ANEXO 7: ESTADO DE SITUACION PATRIMONIAL

AL 08/11/2020.

ACTIVOS

1.- DETALLE DE BIENES RAICES

Tipo: Casa, Depto., Estacionamiento, Terreno, Otros.

TIPO	DESTINO	MARCA	MODELO- AÑO	Nº PATENTE	PRENDA A FAVOR DE	AVALUO FISCAL \$
Casa						45.140.427.-

Destino: Vivienda Comercial

Tipo: Auto, Camioneta, Camión, Furgón, Moto, Otros

Destino: Particular, Comercial, Laboral, Otro.

TIPO	DESTINO	DIRECCION	ROL	AVALUO FISCAL \$	HIPOTECA A FAVOR DE	AVALUO FISCAL \$
					TOTAL \$	

3.- DETALLE DE PARTICIPACION EN SOCIEDADES

TIPO	RAZON SOCIAL	RUT	% DE PARTICIPACION	PATRIMONIO SOC. \$

Tipo: Tipo de sociedad (Ltda., Sociedad de Profesionales, Anónima Cerrada, etc).

4.- DETALLE DE INVERSIONES Y OTROS

TIPO INVERSION	NOMBRE INSTITUCION O SOCIEDAD	CANTIDAD Nº	VALOR UNITARIO \$	TOTAL INVERSION \$

Tipo: Acciones Sociedades Anónimas Abiertas, Depósitos a Plazo, Fondos Mutuos, Cuentas de Ahorro, Valores Negociables, Cuotas Cooperativas, APV, etc.

PASIVOS

TOTAL ACTIVOS \$

TIPO	INSTITUCION	Nº DE CUOTAS	VENCIMIENTO	PAGO MENSUAL \$	MONTO DEUDA INICIAL \$	MONTO DEUDA ACTUAL \$

1.- DETALLE DE DEUDAS ASOCIADAS AL ACTIVO

Tipo: Crédito Hipotecario, Crédito Automotriz, otros.

TOTAL PASIVOS \$

TOTAL ACTIVOS:	TOTAL PASIVOS:	PATRIMONIO (Activos - Pasivos)
\$	\$	\$

DECLARO QUE TODA LA INFORMACION CONSIGNADA ES VERIDICA, AUTORIZANDO POR ENDE A LA UNIVERSIDAD DE CHILE A COMPROBAR Y REQUERIR DE QUIEN CORRESPONDA LOS ANTECEDENTES MENCIONADOS.

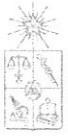
Luisa Cecilia Aewedo Salinas 9,484,684-6

NOMBRE

RUT

FIRMA

NOTA: El jefe de familia se debe hacer responsable de la información que entrega. En caso de No tener bienes debe indicarlo y firmar.



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; Av. Bolívar 2885	Vivienda.	\$ 45.140.427.-

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

TIPO (auto, camioneta, camión, furgón, moto, otros)	USO (Particular, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL

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	N° TOTAL DE CUOTAS	FECHA VENCIMIENTO DE DEUDA TOTAL

Nombre Jefe(a) de Hogar:

Luisa Cecilia Acuña

Fecha: 08 / 11 / 2020

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.

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

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>Octubre</u>	Fecha: <u>12-11-2020</u>
Nombre estudiante: <u>Horacio Encina Acevedo</u>	Carrera: <u>Sociología</u>
Nº de Integrantes grupo familiar: <u>5</u>	Nº de Integrantes que aportan: <u>1</u>

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: <u>Lisa Cecilia Acevedo Salinas</u>	RUT: <u>9484684-6</u>
Domicilio: <u>Ambal Zanartu 2895</u>	Fono: <u>+569 85756937</u>
Domicilio laboral: <u>PROTEGUR S.A # Los Gobiernos 2567</u>	Fono:
Profesión, oficio o actividad: <u>Cajera y contadora de recibos</u>	
Total ingreso mensual grupo familiar: <u>321.570.- (Disminuye en periodo de zandemia)</u>	

2. GASTOS FAMILIARES

Concepto	Gasto grupo familiar	Gastos estudiante en Stgo. (solo si eres de región)
1. Alimentación		
2. Arriendo	<u>200.000.-</u>	
3. Dividendo		
4. Contribuciones		
5. Luz	<u>78.000:2 = 39.000</u>	
6. Agua	<u>85.220:2 = 42.610</u>	
7. Combustible (gas, parafina, otros)		
8. Bencina		
9. Movilización		
10. Teléfono (fijo y/o celular)		
11. TV Cable	<u>33.000.- (wom)</u>	
12. Internet		
13. Útiles de aseo		
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)		
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)		
16. Vestuario		
17. Salud		
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)	<u>35.000.-</u>	
19. Otro (detallar):		
20. TOTALES	<u>349.560.-</u>	
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR	<u>350.000.- Aproximadamente.</u>	

3. OBSERVACIONES

Durante los meses de zandemia bajo el ingreso familiar de entre 345.000 - 425.000 (Cortala social de hogares) he 321.570 por concepto de licencia, ante lo cual he estado utilizando las becas de alimentación de los 3 estudiantes del grupo familiar para solventar los gastos en esa época.

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: 12/11/2020

Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)



DIRBDE
Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil

COMPROBANTE DE USUFRUCTO DE VIVIENDA

(Este documento debe ser completado por el dueño de la vivienda y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de la beca)

Yo Luisa Cecilia Acavedo Delinos (dueño de la vivienda), RUT 9.484.684-6,
con fecha 08 de Noviembre del 2020, declaro bajo juramento que otorgo en calidad de usufructo
a: Miguel Encina, Nicolás Encina, Dominga Encina
y Mauricio Encina. (nombrar a las personas que se
encuentran en esta situación y forman parte del grupo familiar del estudiante).

La vivienda (o parte de ella) ubicada en: Ambal Zanortu, 2895,
Renea, Región Metropolitana.
(indicar calle, número, comuna y región).

Desde (indicar fecha desde que grupo familiar se encuentra como usufructuario): 2000 (AÑO). Es una sucesión.

Por este motivo, deben efectuar un aporte mensual de: 21.000 pesos trimestral. (indicar monto, si no
realizan aporte monetario indicar cero).

Firma (obligatoria)

Nota: Se entiende por usufructuario a la persona o grupo familiar que habita en una vivienda que no es de su propiedad, que ha sido cedida de hecho o de palabra, por personas o instituciones, sin ser compartida con el dueño de ella.

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.



FICHA SOCIOECONÓMICA

(Sólo para Acreditación Socioeconómica del Programa de Becas y Créditos, debe ser llenado por un Asistente Social con el respaldo de alguna Institución, como por ejemplo Municipalidad, Consultorio, Colegio entre otros.)

Datos Personales del Postulante

Nombre : Mauricio Alexis Encina Acevedo
Rut. : 20.704.427-0
Domicilio : Av. Aníbal Zañartu N°2895, Población Bulnes, Renca
Teléfonos : 972352174
Correo Electrónico : mauricio.encina@ug.udechile.cl

Datos del Grupo Familiar

Número de Integrantes del Grupo Familiar: 05

Identificación del Grupo Familiar:

Nombres y Apellidos	RUT	Parentesco con el postulante	Edad	Nivel Educativo	Categoría Ocupacional	Promedio Ingreso Mensual
Luisa Cecilia Acevedo Salinas	9.484.684-6	Madre	59	Enseñanza Técnica Secundaria.	Cajera	\$ 321.570
Muriel Stephanie Encina Acevedo	19.308.598-9	Hermana.	24	Enseñanza Media Completa	Estudiante Educación Superior y cajera.	\$0
Nicolás Ignacio Encina Acevedo	19.842.330-0	Hermano.	22	Estudiante Educación Superior	Estudiante	\$0.-
Dominique Belén Encina Acevedo	19.842.331-9	Hermana.	22	Escolar	Sin Ocupación	\$0.-

Condición de Salud del Grupo Familiar

Posee integrantes con enfermedad grave o crónica: Si: x No:

Respecto a situaciones complejas de salud, Sra. Luisa Acevedo, Dominique Belén Encina Acevedo y Muriel Stephanie Encina Acevedo mantiene diagnóstico de Polineuropatía Sensitivo Motora, enfermedad degenerativa de piernas y caderas la situación por la cual se han realizado distintas intervenciones quirúrgicas, por otro lado Dominique mantiene diagnóstico de Hallux Valgus ,



Patrimonios Familiares:

Tenencia vivienda (marque con una x)

Arrendatario: Propietario: x Allegado: Usufructuario: x

Posesión de Vehículo: Si: No: x

Año: Año:

Con Fecha, 22-10-2020, Yo, Javier Contreras Díaz, Rut: 17.053.542-1, en mi cargo de Asistente Social, ejerciendo mis labores y contando con el respaldo de la siguiente institución, Ilustre Municipalidad de Renca.

Declaro que la información entregada en este documento respecto del postulante y su grupo familiar es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, tengo conocimiento que los beneficios a los que se encuentra postulando el individualizado, podrían ser revocados por el Ministerio de Educación.

Marque con una X situación familiar que respalda con la presente Ficha Socioeconómica.

☐ Ingreso del grupo familiar por actividades independientes, sin respaldo AFP, SII, etc.

☐ Pensión de alimentos sin respaldo legal por parte de la madre o padre del estudiante.

☐ Estudiante no vive con sus padres, modifica grupo familiar en RSH.

☒ Otra.

Ingresos del Grupo Familiar

Total de Ingresos del Grupo Familiar : \$ 321.570

Ingreso Per cápita del Grupo Familiar : \$ 64.314

Tiene RSH: si Calificación Socioeconómica (CSE): 40%

Fecha del RSH: 25/10/2020



OBSERVACIÓN ASISTENTE SOCIAL (obligatorio): Familia de tipología Monoparental, constituido por referido su madre, hermano y hermanas. Habitan inmueble en calidad de usufructo. Inmueble de construcción mixta, mantiene cuatro habitaciones, living, comedor, un baño y patio trasero, inmueble cuenta con servicios básicos de agua potable y energía eléctrica. El ingreso del grupo familiar es por parte de madre de referido, quien asume el rol de jefa de hogar, se desempeña como Cajera en empresa Servicios Prosegur Limitada, donde genera \$ 321.570 mensuales, los cuales van destinados al pago de servicio de alimentación, agua potable y energía eléctrica. Cabe señalar que núcleo familiar no cuenta con apoyo económico de terceros y no existe proceso de pensión de alimentos formal hacia padre de referido.

Se solicita respetuosamente considerar compleja situación socioeconómica de grupo familiar, con el fin de otorgar renovación de Beca de Atención Económica y/o beneficios estudiantiles, para que Mauricio Alexis Encina Acevedo, estudiante de la Universidad de Chile, continúe satisfactoriamente con sus estudios.

Saluda atentamente,

El estudiante o su grupo familiar cuenta con atenciones previas a la realización de esta ficha, es decir, presenta una o más atenciones en su institución: SI: NO: x

Las y los integrantes del grupo familiar individualizados en este documento, facultan al (la) profesional a cargo de esta evaluación a solicitar la documentación socioeconómica necesaria para comprobar la veracidad de los datos presentados.

Se debe adjuntar Cartola de Registro Social de Hogares y Declaración de Gastos con respaldos correspondientes.

Javier Contreras Díaz

Asistente Social

226856768

Fecha de emisión

01-08-2020

Fecha de recepción

03-08-2020

Estado Compín

Licencia Autorizada por COMPIN. En espera de gestión de pago.

Estado Caja Los Andes

No tienes tramitación pendiente

Forma de pago

Tipo:	Transferencia Bancaria
Banco:	Banco Estado
Tipo de cuenta:	Cta.vista
Numero de cuenta:	9484684

Valor Subsidio Total

\$321.571

Fecha de emisión

13-07-2020

Fecha de recepción

15-07-2020

Estado Compin

Licencia Autorizada por COMPIN. En espera de gestión de pago.

Estado Caja Los Andes

No tienes tramitación pendiente

Forma de pago

Tipo:	Transferencia Bancaria
Banco:	Banco Estado
Tipo de cuenta:	Cta.vista
Numero de cuenta:	9484684

Valor Subsidio Total **\$321.571**

Fecha de emisión
02-06-2020

Fecha de recepción
03-06-2020

Estado Compín

Licencia Autorizada por COMPIN. En espera de gestión de pago.

Estado Caja Los Andes

No tienes tramitación pendiente

Forma de pago

Tipo:	Transferencia Bancaria
Banco:	Banco Estado
Tipo de cuenta:	Cta.vista
Numero de cuenta:	9484684

Valor Subsidio Total **\$321.571**



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

NOMBRE : MURIEL STEPHANIE ENCINA ACEVEDO

R.U.N. : 19.308.598-9

Fecha nacimiento : 22 Abril 1996

DICTAMEN(ES) :

-Oficina COMPIN : SUBCOMISION PONIENTE
Nro. Dictamen : 2.471
Fecha : 24-11-2011

Grado de Discapacidad :

Física : 70,00 %

Fecha Reevaluación : NO TIENE

FECHA
EMISIÓN :

8 Noviembre 2020, 12:20.

Certificado Gratuito

Impreso en:
REGION :

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



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

CERTIFICADO DE AVALÚO FISCAL

Avalúos en pesos del SEGUNDO SEMESTRE DE 2020

Comuna : RENCA
Número de Rol de Avalúo : 00255 – 00014
Dirección o Nombre del bien raíz : A ZANARTU 2895 BULNES
Destino del bien raíz : HABITACIONAL

AVALÚO TOTAL	: \$	45.140.427
AVALÚO EXENTO DE IMPUESTO	: \$	35.484.530
AVALÚO AFECTO A IMPUESTO	: \$	9.655.897

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**



AGUAS andinas®

Captación, Purificación y Distribución de Agua Potable y Recolección y Disposición de Aguas Servidas
Av. Presidente Balmaceda 1398 - Santiago

ACEVEDO SALINAS, LUISA CECILIA
ANIBAL ZANARTU 2895
RENCIA

ruta:12.576.2125/2 MEC: 00000730-1000000

R.U.T.: 61.808.000 - 5
BOLETA ELECTRÓNICA
N° 176638786

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO



Su número de Cuenta es: 768012-0

VENCIMIENTO

09-NOV-2020

TOTAL A PAGAR

\$85.120



	metros cúbicos (m3)	monto (\$)
CARGO FIJO		683
CONSUMO AGUA	30,00	11.339
RECOLECCION	30,00	9.524
TRATAMIENTO	30,00	5.987
SUBTOTAL SERVICIO		27.533
INTERÉS DEUDA		765
TOTAL VENTA		28.299
SALDO ANTERIOR (2)		56.830
DESCUENTO LEY REDONDEO		-9
TOTAL A PAGAR		\$85.120

CORTE POR DEUDA A PARTIR DEL 09/11/2020 (*)

RECUERDE: Con su próxima lectura del mes de Noviembre, finaliza el periodo no punta. Los consumos incurridos a partir de esa lectura, podrán estar afectos a tarifa de Sobreconsumo en el periodo Diciembre 2020 - Marzo 2021.

CONSUMO ULTIMOS 13 MESES



DETALLE DE CONSUMO

LECTURA ACTUAL 06-OCT-2020	-
LECTURA ANTERIOR 07-SEP-2020	-
CONSUMO PROMEDIO DESCONTABLE	30,00 m3
CONSUMO TOTAL	30 m3
POR ABONAR PROX. FAC.	145,00 m3
FECHA ESTIMADA PRÓXIMA LECTURA	06-NOV-2020

AGUAS INFORMA

Sr. Cliente por disposición legal usted debe dar acceso al medidor.

Los valores con IVA para los consumos leídos a partir del:

08/01/2020, son los siguientes:

Cargo fijo = \$ 683

Metro cúbico agua potable punta = \$ 377,99

Metro cúbico agua potable no punta = \$ 377,99

Metro cúbico sobreconsumo = \$ 1.107,57

Metro cúbico recolección = \$ 317,47

Metro cúbico tratamiento = \$ 199,57

Corte o Reposición 1era instancia: \$ 4.403

Corte o Reposición 2da instancia: \$ 6.067

Plantas de Tratamiento en operación: La Farfana y Mapocho - Trebal

Tipo de Corte Normal valor \$ 4403, reposición \$ 4403

(*) Corte por deuda suspendido por Ley N°21.249 hasta 6/11/20

Convenio COVID Aguas Andinas

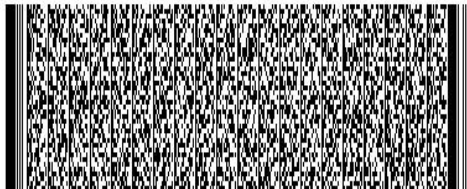
Ultimo pago 14-AGO-2020 \$51.320

Considera movimientos hasta 15-10-2020

USO INTERNO

Factor de Cobro del Periodo	1,00
Punto Servicio-Diámetro	Arranque individual-15
Consumo estimadoMismo Periodo del Año Anterior (lect. real)	Consumo estimadoMismo Periodo del Año Anterior (lect. real)
Clave Facturación	ACCESO NO PERMITIDO
Clave Lectura	20014683
Número de Medidor	AA_GRAN SANTIAGO
Grupo Tarifario	

TARIFAS PUBLICADAS:ELMOSTRADOR.CL, 07-ENE-2020
FECHA EMISION:16-OCT-2020



Timbre Electrónico S.I.I. - Res. 58 de 2012



AGUAS
andinas®



Escanee
y paga
tu cuenta
en línea

Total a pagar

\$85.120

Vencimiento

09-NOV-2020

Nro de cuenta

768012-0



AGENCIAS COMERCIALES

Atención de lunes a jueves de 8:45 a 17:00 hrs. y viernes de 8:45 a 15:45 hrs.

- Carlos Condell 176, Buin.
- Av. Independencia 1900, Independencia.
- Gran Av. J.M. Carrera 8552, La Cisterna.
- Av. Vicuña Mackenna / Vicente Valdés, La Florida.
- Av. Santa Rosa 9130, La Granja.
- Los Pozos 7340, Las Condes.
- San Pablo 5797, Lo Prado.
- Serrano 226 - 234 Melipilla.
- José Domingo Cañas 1515, Nuiña.
- Av. Providencia 1737, Providencia.

- José Luis Coe 0272, Puente Alto.
- Freire 375, San Bernardo.
- Gran Av. J.M. Carrera 5156, San Miguel.
- Av. Pdt. Balmaceda 1398, Santiago.
- Esmeralda 1008, Talagante.
- Av. Vitacura 5640, Vitacura.

Atención especial de 9:00 a 13:00 hrs.:

- **Martes y jueves:** Jorge Montt 1971, Curacaví.
- **Miércoles y viernes:** Camino El Volcán 19693, San José de Maipo.
- **Lunes y viernes:** Barros Arana / Cerro La Cruz, Til Til.

CANALES DE PAGO

Más cerca de ti, con una amplia red de sucursales presenciales y en línea.



¡Hola! Soy Celeste,
tu nueva asistente virtual.
Encuétrame a toda hora
en el chat de nuestros
Canales Digitales:

www.aguasandinas.cl
 App

¿Hablemos? ☎ *8000 / 227312400

IMPORTANTE

Si usted reclama, la empresa sanitaria tiene un plazo legal de 10 días hábiles para contestarle. Si no queda conforme con la respuesta, puede dirigirse a la Superintendencia de Servicios Sanitarios, en Moneda 673, piso 1, Santiago. Callcenter 800 381 800, o en la página web, www.siss.gob.cl. Inserción ordenada por su información por la Superintendencia de Servicios Sanitarios.



AGUAS
andinas.

**Por una ciudad
más sustentable
para todos y todas**

¡Nueva Boleta!

Sin Bolsa Plástica

por un mejor
Medioambiente!

**Suscríbete a la
Boleta Electrónica
y evitemos también
este papel:**



**¿Sabías
que tu
boleta
cuenta?**

12

boletas

de papel al año por
cada hogar en Stgo.

=

100

millones

de litros de agua
en su fabricación

=

1

millón

de personas
en un día



¿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



Datos de mi suministro

Tipo de tarifa contratada: BT1 - T5

Potencia conectada: 6.0 kW

Area Típica: Área 1 A (d)

Subestación: Carrascal

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° 241352599

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

N° CLIENTE

177390 -9

Fecha de Emisión: 06 Oct 2020

Sr(a). LUISA CECILIA ACEVEDO SALINAS

Dirección de Envío: ANIBAL ZANARTU 2895 - RENCA

Dirección Suministro: ANIBAL ZANARTU 2895 - RENCA

Ruta: 04 193 8750-9 / 25677113

¿Cuánto debo?

Total a pagar \$ 78.085

Monto del periodo 01 Sep 2020 - 01 Oct 2020 (Incluye saldo anterior de \$38.224)

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

¿Hasta cuándo puedo pagar?

Fecha de vencimiento 27 Oct 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

177390 -9

Fecha de Vencimiento

27 Oct 2020

Total a pagar

\$ 78.085

Último pago: el 25/08/2020 por un monto de \$122.103 en Sencillo

Detalle de mi cuenta

Servicio Eléctrico

Arriendo de medidor	\$	293
Administración del servicio	\$	685
Electricidad consumida 299 kWh	\$	31.282
Transporte de electricidad	\$	3.970
Intereses	\$	340
Cuota mensual diferencia facturación real - provisoria 3 de 5	\$	3.291
Consumo impago de meses anteriores (Saldo anterior energía) (01 Mes)	\$	38.224

Monto afecto a impuesto	\$	36.422
Monto exento a impuesto	\$	148
Total boleta	\$	36.570
Saldo anterior	\$	38.224

Total a Pagar \$ 78.085

Mi consumo en el mes actual

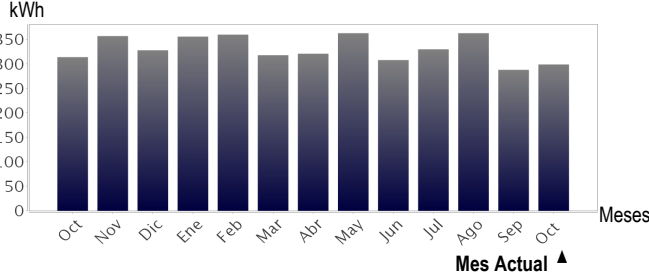
Para determinar cuánta electricidad consumiste en el mes, se considera lo que marca tu medidor en la "lectura actual" y se le resta lo que marcó en tu "lectura anterior".

Período de lectura: 01/09/2020 - 01/10/2020 Fecha estimada próxima lectura: 02/11/2020

Medidor	Propiedad	Lecturas (kWh)		Constante	Consumo medidor
25677113	Compañía	Actual	27479	1	299 kWh
		Anterior	- 27180		
			299		

Consumo total del mes = 299 kWh

¿Cuál fue mi consumo en los últimos 13 meses?



Mismo mes del año pasado		Mes pasado	
	Este mes consumiste aproximadamente 5% menos energía que el mismo mes del año pasado		Este mes consumiste aproximadamente 3% más energía que el mes pasado

¿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.

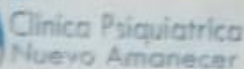
Administración del servicio: Monto que se cobra por los gastos de administración, facturación y atención al cliente, independiente del consumo de electricidad.



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.



R.U.T.: 77.118.084-1

OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA PRESTADOS POR EMPRESAS

② Nueva York 53, Oficina 43 Santiago

+56 2 32897789 / +56 9 3951 4985

contacto@clinicanuevoamanecer.cl

www.clinicanuevoamanecer.cl

BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA

N° 004405

DIA	MES	ANO
20	10	20

Señor (es): Fuera Acuerdo RUT: 9484684-6

Domicilio: _____

Ciudad: Santiago

[illegible]

DUPLICADO: CLIENTE