

## Comprobante de postulación a beneficios

**Estimado/a Luis Matías González, RUT 19.931.401-7**

**¡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](mailto:dirbde@uchile.cl)

domingo 15 de noviembre de 2020 a las 16:15:58

**Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)**





**DIRBDE**  
Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil

## 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 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|---------------|
|                                               |                                    |               |
|                                               |                                    |               |
|                                               |                                    |               |

### 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 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------|----------------------------------|
|                                               | Galabella                             | 54.000       | 12                 | Mayo 2021                        |
|                                               |                                       |              |                    |                                  |
|                                               |                                       |              |                    |                                  |
|                                               |                                       |              |                    |                                  |

Nombre Jefe(a) de Hogar: Mangaly Gonzalez M. Firma: [Firma]  
Fecha: 15/11/2020

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.

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 período a declarar.

|                                                              |                                         |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Declaración correspondiente al mes de: <u>Diciembre/Nov.</u> | Fecha: <u>15. Nov. 20</u>               |
| Nombre estudiante: <u>Luis González</u>                      | Carrera: <u>Psicología</u>              |
| N° de integrantes grupo familiar: <u>7</u>                   | N° de integrantes que aportan: <u>1</u> |

**1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR**

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| Nombre:                               | RUT:  |
| Domicilio:                            | Fono: |
| Domicilio laboral:                    | Fono: |
| Profesión, oficio o actividad:        |       |
| Total ingreso mensual grupo familiar: |       |

**2. GASTOS FAMILIARES**

| Concepto                                          | Gasto grupo familiar | Gastos estudiante en Stgo. (solo si eres de región) |
|---------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. Alimentación                                   | 65.000               |                                                     |
| 2. Arriendo                                       | —                    |                                                     |
| 3. Dividendo                                      | —                    |                                                     |
| 4. Contribuciones                                 | —                    |                                                     |
| 5. Luz                                            | 8.100                |                                                     |
| 6. Agua                                           | 8.893                |                                                     |
| 7. Combustible (gas, parafina, otros)             | 17.900               |                                                     |
| 8. Bencina                                        | —                    |                                                     |
| 9. Movilización                                   | 5.000                |                                                     |
| 10. Teléfono (fijo y/o celular)                   | 6.990                |                                                     |
| 11. TV Cable                                      | 5.000                |                                                     |
| 12. Internet                                      | 5.000                |                                                     |
| 13. Útiles de aseo                                | 6.000                |                                                     |
| 14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros) | —                    |                                                     |
| 15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.) | —                    |                                                     |
| 16. Vestuario                                     | —                    |                                                     |
| 17. Salud                                         | 39.000               | Medicamentos y Control 1 AN                         |
| 18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)          | —                    |                                                     |
| 19. Otro (detallar):                              |                      |                                                     |
| 20. TOTALES                                       |                      |                                                     |
| 21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR                   |                      |                                                     |

**3. OBSERVACIONES**

Los beneficios recibidos (BAE y Tercera Jumbel) se usan principalmente en alimentación y gastos médicos. El último mes fue necesaria ayuda externa para pagar todo.

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)

## Comprobante de Pago de Pensión

| Modalidad Pensión   |                 | Tipo de Pensión                   |            | N° Liquidación               |           |
|---------------------|-----------------|-----------------------------------|------------|------------------------------|-----------|
| PENSION TRANSITORIA |                 | INVALIDEZ                         |            | 27504900                     |           |
| Pensión en UF       | Periodo de pago | Desde                             | Hasta      | Fecha de Pago                | Valor UF  |
| 0,00                | AGOSTO/2020     | 01/08/2020                        | 31/08/2020 | 19/08/2020                   | 28.669,28 |
| RUT Causante        |                 | Nombre Causante                   |            | N° Cargas familiares pagadas |           |
| 11.390.717-7        |                 | GONZALEZ MENDEZ MAGALY DEL CARMEN |            | 1                            |           |
| RUT Receptor        |                 | Nombre Receptor                   |            | Salud                        |           |
| 11.390.717-7        |                 | GONZALEZ MENDEZ MAGALY DEL CAR    |            | FONASA                       |           |

| HABERES(\$)          |           | DESCUENTOS(\$)                     |          |
|----------------------|-----------|------------------------------------|----------|
| Pensión              | \$0       | Salud                              | \$9.972  |
| Otros Haberes        | \$0       | Bonif. Salud Ley 20531 Mes         | \$-0     |
| Aporte APS           | \$0       | Bonif. Salud Ley 20531 Retroactivo | \$-0     |
| Gar.Est/Aju.P.Min(*) | \$142.452 | Total Salud Legal a Pagar          | \$9.972  |
|                      |           | Total Salud Adicional a Pagar      | \$0      |
|                      |           | Impuesto                           | \$0      |
|                      |           | Otros Descuentos                   | \$0      |
|                      |           | Comision                           | \$0      |
|                      |           | Aporte CCAF                        | \$1.425  |
|                      |           | Descuento CCAF                     | \$18.987 |
|                      |           | Credito Cooperativa                | \$0      |
|                      |           | Ahorro Cooperativa                 | \$0      |
|                      |           | Aporte / Participacion Cooperativa | \$0      |
| Total Haberes        | \$142.452 | Total Descuentos                   | \$30.384 |

(\*)Garantía Estatal Complemento Pensión Mínima

| Pensión Neta       | Asignación Familiar | Monto Liquido a Pagar |
|--------------------|---------------------|-----------------------|
| \$112.068          | \$13.155            | \$125.223             |
| Fecha Próximo Pago |                     | Forma de Pago         |
| 15/09/2020         |                     | ABONO BANCARIO        |
| Cuenta Bancaria N° |                     | Banco                 |
| 11390717           |                     | BANCO ESTADO          |



Mantener sus datos actualizados nos permite informales sobre los beneficios para mejorar su pensión.  
ingresa a [afpcapital.cl](http://afpcapital.cl)

RECETA PARA  
PSICOTROPICOS Y BENZODIAZEPINAS  
**USO INTERNO**

PACIENTE

Nombre : Luis Gonzalo Gonzalez

Domicilio : Los Gonsos 10960

Comuna : La Pintana Ciudad : Santiago

RUT : 19951401-7 F. Nac. : 6/8/98

Rp:

*Amoxicilina retard (203)*

*1 comprimido 9 días*

*no x 1 mes  
(1 compo = una)*

Fecha: 11/03/2021 Retire su medicamento antes de 30 días

PROFESIONAL

Código N° 4924

Nombre : René Victoriano Beltrán

RUT : 16763786-8

Dirección : Cerro Alegre 27 1/2

Ciudad : La Cisterna

*[Firma]*  
Firma

CÉDULA DE  
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APELLIDOS

GONZÁLEZ  
MÉNDEZ

NOMBRES

MAGALY DEL CARMEN

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

29 AGO 1969

NÚMERO DOCUMENTO

516.277.167

FECHA DE EMISIÓN

21 AGO 2018

FECHA DE VENCIMIENTO

29 AGO 2023

FIRMA DEL TITULAR

*Magaly M. González*



RUN 11.390.717-7



Nació en: **CONCHALÍ**  
Profesión: **No informada**

100-000000

INCHL5162771678S04<<<<<<<<<<<  
6908290F2308294CHL11390717<7<8  
GONZALEZ<MENDEZ<<MAGALY<DEL<CA

VALIDA SOLO ACOMPAÑADA CON CEDULA DE IDENTIDAD

RUN : 11.390.717-7

NOMBRE : GONZÁLEZ MÉNDEZ MAGALY DEL CARMEN

DOMICILIO : LAS GARZAS 10960  
V.COLOMBIA  
LA PINTANA

FECHAS :

EMISION : 28

VENCIMIENTO : N

Archivo  
General

*I. Ximena Rojas Muñoz*

I. Ximena Rojas Muñoz

**SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION ★ CHILE**  
**REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD**  
**CREDENCIAL**

**RUN : 11.390.717-7**

**NOMBRE : GONZÁLEZ MÉNDEZ MAGALY DEL CARMEN**

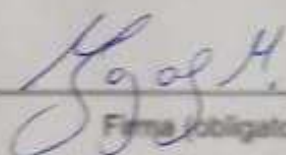
**GRADO DE DISCAPACIDAD :**

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <b>PSIQUICA O MENTAL :</b> | <b>0,00 %</b>  |
| <b>SENSORIAL :</b>         | <b>50,00 %</b> |
| <b>FISICA :</b>            | <b>0,00 %</b>  |

8190483  
04  
2

(Este documento debe ser completado por el Jefe de Hogar o postulante y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de la beca)

Yo Yolanda del Carmen Gonzalez Mendez (Nombre completo Jefe(a) de Hogar o postulante),  
RUT 11.390.717-7, con fecha 15 Noviembre del 2020 declaro bajo juramento que mi  
domicilio se encuentra ubicado en: Paseo Las Garzas  
Villa Colombia La Pintana  
Región Metropolitana (Indicar calle, número, comuna y región).

  
Firma (obligatoria)

**Nota:** Adjuntar cuenta de servicio básico o cuenta de casa comercial, que certifique el domicilio señalado en el presente certificado y la identidad de quién lo llenó.

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

Yo Jovina Mendez Cerda (dueño de la vivienda), RUT 6.058.689-6  
con fecha 15. Noviembre del 2020, declaro bajo juramento que en mi casa ubicada en:  
Paseo las Garzas 10960 Villa Colombia La Pintana  
Región Metropolitana (indicar calle, número, comuna y región).

Vive(n) en calidad de allegado(s): Magaly González Mader  
RUT 11.390.717-7 y Luis Matías González González  
RUT 19.931.401-7 (nombrar a las personas que se encuentran en esta situación y  
forman parte del grupo familiar del estudiante).

Desde (indicar fecha desde que grupo familiar se encuentra como allegado): Noviembre 2002

  
Firma (obligatoria)

**Nota:** Se entiende por allegado al grupo familiar que comparte una vivienda que no es propia y es habitada con otras personas o familia.



# Cartola Hogar

## Registro Social de Hogares

Folio #30602492  
Fecha Confirmación Ciudadano: 07/06/2012

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 25 de Septiembre de 2020 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Noviembre 2020

### Magaly del Carmen González Méndez

RUN:

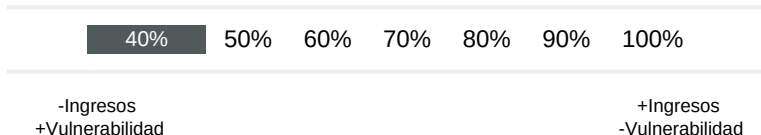
11.390.717-7

Dirección del Hogar:

Pasaje las Garzas, Nro domicilio: 10960, La  
Pintana.

Agrupación Habitacional:

### Calificación Socioeconómica



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

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

### Integrantes del Hogar

| RUN          | Nombre                            | Parentesco con el Jefe(a) del Hogar |
|--------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 11.390.XXX-X | Magaly del Carmen González Méndez | Jefe(a) de hogar                    |
| 19.931.XXX-X | Luis Matías González González     | Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar   |

### Características integrantes del hogar

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

### Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: menor que \$50.000

Ingresos de pensiones: entre \$105.000 y \$155.000

Ingresos de capital: menor que \$50.000

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

**Total Ingresos del hogar**  
**Entre \$105.000 y \$155.000**

### 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](http://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](http://registrosocial.gob.cl)

800 104 777

Oficinas Chile Atiende

Municipalidad

Esta cartola fue impresa el 24 de Octubre a las 16:53 hrs.



### CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : INDEPENDENCIA  
Nro. inscripción : 4.127 Registro : S3 Año : 1998  
Nombre inscrito : LUIS MATÍAS GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
  
R.U.N. : 19.931.401-7  
Fecha nacimiento : 6 Agosto 1998  
Sexo : Masculino  
Nombre de la madre : MAGALY DEL CARMEN GONZÁLEZ MÉNDEZ  
R.U.N. de la madre : 11.390.717-7

FECHA EMISIÓN: 12 Noviembre 2020, 09:08.

#### Certificado Gratuito

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://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](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCel



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



## CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **LUIS MATÍAS GONZÁLEZ GONZÁLEZ**, RUN **19931401-7**, figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo B, a que se refiere el artículo 160 D.F.L N° 01 del 2005, con certificación vigente.

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



Marcelo Mosso Gómez  
Director  
Fondo Nacional de Salud

Queremos que esté más informado.  
Llámenos al 600 360 3000  
Visítenos en [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

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

Fecha Emisión: 12/11/2020  
Código de Verificación: 2669023576



## CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **MAGALY DEL CARMEN GONZÁLEZ MÉNDEZ**, RUN **11390717-7**, figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo B, a que se refiere el artículo 160 D.F.L N° 01 del 2005, con certificación vigente.

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



Marcelo Mosso Gómez  
Director  
Fondo Nacional de Salud

Queremos que esté más informado.  
Llámenos al 600 360 3000  
Visítenos en [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

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

Fecha Emisión: 12/11/2020  
Código de Verificación: 1388467498



## **CERTIFICADO DE AFILIACIÓN N° 210525852020**

Certifico que la persona con RUT N° 19931401-7, 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 A.F.P., actualizada al último día hábil del mes de Octubre de 2020.



**OSVALDO MACÍAS MUÑOZ**  
SUPERINTENDENTE DE PENSIONES



210525852020

Santiago, 15 de Noviembre de 2020



## **CERTIFICADO DE AFILIACIÓN N° 300524786820**

Certifico que el señor(a) MAGALY DEL CARMEN GONZALEZ MENDEZ, RUT N° 11390717-7 se encuentra incorporado(a) a A.F.P. CAPITAL, con fecha 1 de Julio de 1997.

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



**OSVALDO MACÍAS MUÑOZ**  
SUPERINTENDENTE DE PENSIONES



300524786820

Santiago, 12 de Noviembre de 2020