

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	205979956	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	20-01-2021 21:31:34	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Ingrid Caterina	Apellido paterno	Klein
Apellido materno	Vallecillo	Email	ingridkleinv@gmail.com
Teléfono	+56949966071	Cuenta RUT	Sí
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	PSICOLOGÍA
Vía de ingreso	bea (beca excelencia académica)	Fecha ocurrencia matrícula	01-03-2020
Número matrícula	2019116558	Origen matrícula	candidato 1er semestre
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	19 años 11 meses
Fecha de nacimiento	27-01-2001	Sexo	Mujer
Género	Femenino	Estado civil	Soltero(a)
Sistema de salud	Fonasa	Tramo de fonasa	Tramo B
Titular / carga	Carga	Titular (Parentesco)	Madre
Nacionalidad Chilena	Si		

1.2 Situación de discapacidad del estudiante

No declara

1.3 Datos de contacto en caso de emergencia

Nombre completo	Ingrid Vallecillo	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56968044150	Teléfono 2	+56995486233

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

Tipo de inmueble	Casa	Calle	Freire
Número	805	Región	Región metropolitana
Comuna	San Bernardo		

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 - 205979956 - Ingrid Caterina Klein Vallecillo

RUT o pasaporte	205979956	Nombres	Ingrid Caterina
Apellido Paterno	Klein	Apellido Materno	Vallecillo
Edad	19 años 11 meses	Fecha Nacimiento	27-01-2001
Sexo	Mujer	Parentesco	Estudiante
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
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 - 13232204K - Ingrid Paola Vallecillo Norambuena

RUT o pasaporte	13232204K	Nombres	Ingrid Paola
Apellido Paterno	Vallecillo	Apellido Materno	Norambuena
Edad	43 años 10 meses	Fecha Nacimiento	22-02-1977
Sexo	Mujer	Parentesco	Madre
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	Sí
Estado civil	Separado(a) de hecho	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Enseñanza media científico humanista
Tipo de establecimiento	Municipal / Consejo Local	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,pensión de alimento informal	Forma de trabajo (estable/inestable)	Inestable
Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Independiente	Profesión u oficio	dueña de casa

Hermano(a) o hermanastro(a) - 224061021 - Stephanie Elisabet Klein Vallecillo

RUT o pasaporte	224061021	Nombres	Stephanie Elisabet
Apellido Paterno	Klein	Apellido Materno	Vallecillo
Edad	13 años 7 meses	Fecha Nacimiento	22-05-2007
Sexo	Mujer	Parentesco	Hermano(a) o hermanastro(a)
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Nivel educacional	Enseñanza básica	Tipo de establecimiento	Particular subvencionado
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

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 41% y el 50% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad (Tramo del 50)
Ingreso mensual grupo familiar	\$330.000	Número serie estudiante	109328623
Número serie jefe de hogar	109321119		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

¿Tienes trabajo remunerado?	No	Tiempos de traslado	91 a 120 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
205979956 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
13232204K Madre	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$330.000	\$0	\$0	\$330.000
224061021 Hermano(a) o hermanastro(a)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Nº integrantes grupo familiar	Nº integrantes con ingresos	Total ingresos grupo familiar	Ingreso per cápita
3	1	\$330.000	\$110.000

* 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 - 13232204K - Ingrid Paola Vallecillo Norambuena

Nivel educacional	Enseñanza media científico humanista	Tipo de establecimiento	Municipal / Consejo Local
Situación educacional	Completo	Arancel mensual	\$0
Promedio mensual matrícula	\$0	Gasto mensual en educación	\$0

Hermano(a) o hermanastro(a) - 224061021 - Stephanie Elisabet Klein Vallecillo

Nivel educacional	Enseñanza básica	Tipo de establecimiento	Particular subvencionado
Situación educacional	Cursando	Estudia fuera de la provincia	No
Arancel mensual	\$0	Promedio mensual matrícula	\$0
¿Tiene algún beneficio?	Si	Indique cuál(es)	beca completa
Gasto mensual en educación	\$0		

Total gastos en educación	\$0
---------------------------	-----

2.3 Integrantes del grupo familiar con endeudamiento

No declara endeudamiento

Número integrantes con endeudamiento	0	Total endeudamiento grupo familiar	\$0
--------------------------------------	---	------------------------------------	-----

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

Hermano(a) o hermanastro(a) - 224061021 - Stephanie Elisabet Klein Vallecillo

Tipo de enfermedad	-Permanentes o de Mediano Costo	Diagnóstico	-Depresión, en personas de 15 años y más.
Otro diagnóstico	-	Atención GES	-No
Gasto mensual	-\$80.000	Observación	-edad: 13 años sin derecho a GES

Total gastos salud grupo familiar	\$80.000
-----------------------------------	----------

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 - 205979956 - Ingrid Caterina Klein Vallecillo

Tipo de inmueble	-Casa-	Otro tipo de inmueble	--
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN GRUPO FAMILIAR-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-Arrendatario de casa o departamento-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-INGRID CATERINA KLEIN VALLECILLO-INGRID CATERINA KLEIN VALLECILLO	Avalúo de la vivienda	--
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-No-	¿Cuál es el vínculo?	--
Monto arriendo	-Entre \$ 0 y \$ 272.616-	Nº dormitorios	-2-
Calle	-Freire-	Número	-805-
Nº Departamento / casa	--	Block o torre	--
Villa o población	--	Región	-Región metropolitana-
Comuna	-San Bernardo-		

2.8 Vehículo(s) del grupo familiar

No declara vehículos

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 INFORMACIÓN	Categoría red de apoyo	SIN INFORMACIÓN

5. Jefe de hogar

5.1 Situación ocupacional del jefe de hogar

Rut - nombre	13.232.204-K - ingrid paola vallecillo norambuena	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Inestable), - pensión de alimento informal
Situación ocupacional	Activo inestable	Puntaje situación ocupacional	7.6

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	20-01-2021 21:31:11
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$0 HASTA \$230.741	Per cápita	\$110.000
Puntaje per cápita	40	Tenencia	Arrendatario de casa o departamento
Puntaje por Tenencia	3.2	Puntaje por avalúo	0
Arriendo	Entre \$ 0 y \$ 272.616	Puntaje por arriendo	10
Puntaje condicionantes sociales	20	Puntaje total evaluación	90.8

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	205979956	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	20-01-2021 21:31:34	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Ingrid Caterina	Apellido paterno	Klein
Apellido materno	Vallecillo	Email	ingridkleinv@gmail.com
Teléfono	+56949966071	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Carrera	PSICOLOGÍA	Número matrícula	2019116558
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	19 años 11 meses
Fecha de nacimiento	27-01-2001	Sexo	Mujer
Género	Femenino	Estado civil	Soltero(a)
Nacionalidad Chilena	Si		

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$110.000 / DESDE \$0 HASTA \$230.741	Puntaje per cápita	40
Tenencia	Arrendatario de casa o departamento	Puntaje tenencia	3.2
Tramo arriendo	Entre \$ 0 y \$ 272.616	Puntaje arriendo	10
Puntaje avalúo	0	Puntaje variables socioeconómicas	53.2

3. Situación ocupacional jefe de hogar

Rut - nombre	13.232.204-K - ingrid paola vallecillo norambuena	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	No	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Inestable), - pensión de alimento informal
Situación ocupacional	Activo inestable	Puntaje situación ocupacional	7.6

4. Condicionantes sociales

Enfermedad catastrófica o discapacidad	
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	Sí
Hacinamiento	
Total puntaje condicionantes sociales	20

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Paula Olivares Sepúlveda	Fecha registro	20-01-2021 21:31:11
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	90.8
-----------------------------------	------

Comprobante de postulación a beneficios

Estimado/a Ingrid, RUT 20.597.995-6

¡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 15 de noviembre de 2020 a las 19:56:24

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)



Cartola Hogar Registro Social de Hogares

Folio #43114464
Fecha Confirmación Ciudadano: 01/12/2014

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

**Ingrid Paola
Vallecillo Norambuena**

Calificación Socioeconómica

RUN:
13.232.204-K

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

Dirección del Hogar:
Freire, Nro domicilio: 805,
Casa: 1, San Bernardo.

-Ingresos
+Vulnerabilidad

+Ingresos
-Vulnerabilidad

Agrupación Habitacional:

Su hogar está calificado entre el **41% y el 50% 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
13.232.XXX-X	Ingrid Paola Vallecillo Norambuena	Jefe(a) de hogar
22.406.XXX-X	Stephanie Elisabet Klein Vallecillo	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
20.597.XXX-X	Ingrid Caterina Klein Vallecillo	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

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

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$185.000 y \$235.000

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 \$185.000 y \$235.000**

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 10 de Noviembre a las 16:39 hrs.

Si desea validar este certificado en internet,
use este número de certificado:
198.467.053

Miercoles, 11 de Noviembre de 2020

Certificado de Cotizaciones

AFP ProVida S.A. certifica que la Cuenta de Capitalización individual número 1008-0700-0100406919, perteneciente al afiliado(a), Señor(a) INGRID PAOLA VALLECILLO NORAMBUENA , RUT 13.232.204-K , registra las siguientes cotizaciones correspondientes al 10% de las remuneraciones y/o rentas declaradas.

Periodo Pago	Renta Imponible	Fondo de Pensiones	Código de Cotización	Empleador	Rut Empleador	Fecha Pago
OCT-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
SEP-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
AGO-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
JUL-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
JUN-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
MAY-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
ABR-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
MAR-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
FEB-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
ENE-2020	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
DIC-2019	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
NOV-2019	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		

Los códigos de cotización indican lo siguiente:

- D:** Declarada y no Pagada.
- V:** No declarada sobre las cuales hemos detectado morosidad.
- G:** Corresponde a Gratificación.
- T:** Recibidas desde otra AFP.
- C:** Cuota de convenio no representa total de la cotización.
- A:** Declaración y no Pago Automático.
- P:** Pago recibido desde Tesorería General de la República.
- I:** Declarada y no Pagada, informada por Tesorería General de la República.

Este certificado ha sido otorgado a petición del interesado, para los fines que estime conveniente y sin ulterior responsabilidad para AFP ProVida S.A.

Cordialmente,



Maximiliano Doweck
Gerente de Clientes y Canales
AFP Provida S.A.

AFP Provida S.A.

Servicio de Información ProVida AFP en línea



Puedes obtener el mismo certificado en tu Sucursal Virtual en www.provida.cl, en ProVida APP desde tu celular, en el Contact Center o en cualquiera de nuestras Sucursales; sea cual sea la opción que elijas, siempre tiene la misma validez.

Certificado no válido para presentar reclamo judicial, Ley 20.023. Si desea un documento para tales efectos, solicite expresamente " **Certificado Reclamo Judicial**"



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **INGRID PAOLA VALLECILLO NORAMBUENA**, RUN **13232204-K**, 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: 11/11/2020
Código de Verificación: 1198383899



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **INGRID CATERINA KLEIN VALLECILLO**, RUN **20597995-6**, 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: 11/11/2020
Código de Verificación: 2090106932



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **STEPHANIE ELISABETH KLEIN VALLECILLO**, RUN **22406102-1**, 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: 11/11/2020
Código de Verificación: 3356323750

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

Nombre Jefe(a) de Hogar: INGRID VALLECILLO N Firma: [Firma]
 Fecha: 10 / 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 periodo a declarar.

Declaración correspondiente al mes de: <u>OCTUBRE</u>	Fecha: <u>10/11/20</u>
Nombre estudiante: <u>INGRID KLEIN VALLEJILLO</u>	Carrera: <u>PSICOLOGIA</u>
Nº de Integrantes grupo familiar: <u>3</u>	Nº de Integrantes que aportan:

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: <u>INGRID VALLEJILLO NORAMBUENA</u>	RUT: <u>13.232.204-1</u>
Domicilio: <u>FREIRE BOS SAN BERNARDO</u>	Fono: <u>968044150</u>
Domicilio laboral:	Fono:
Profesión, oficio o actividad: <u>DUEÑA DE CASA</u>	
Total ingreso mensual grupo familiar:	

2. GASTOS FAMILIARES

Concepto	Gasto grupo familiar	Gastos estudiante en Stgo. (solo si eres de región)
1. Alimentación	\$ 128.000	
2. Arriendo		
3. Dividendo		
4. Contribuciones		
5. Luz	\$ 30.000	
6. Agua	\$ 20.000	
7. Combustible (gas, parafina, otros)	\$ 20.000	
8. Bencina		
9. Movilización	\$ 20.000	
10. Teléfono (fijo y/o celular)	\$ 12.000	
11. TV Cable		
12. Internet		
13. Útiles de aseo	\$ 5.000	
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)		
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)		
16. Vestuario		
17. Salud	\$ 80.000	
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)	\$ 15.000	
19. Otro (detallar):		
20. TOTALES		
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR	\$ 330.000	

3. OBSERVACIONES

MI HIJA MENOR ESTÁ CON DEPRESIÓN MAYOR SEVERA. ADJUNTO CERTIFICADO.

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.


Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)

Fecha: 10/11/2020

UNION COMUNAL DE JUNTAS DE VECINOS
SAN BERNARDO

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

El Directorio de esta Unión Comunal, certifica que don (ña) Ingrid
Paola Vellecillo Norambuena, Cédula de Identidad
Nº 13.232.264-K, tiene su domicilio en Freire 805
....., correspondiente a esta Comuna.

Se extiende el presente documento a petición del (a) Interesado (a), para ser presentado en
Universidad
para trámites de personal

Nombre : Marisol Orrego Montoya
Cargo : Presidenta

SAN BERNARDO, Noembre 13 de 2026.



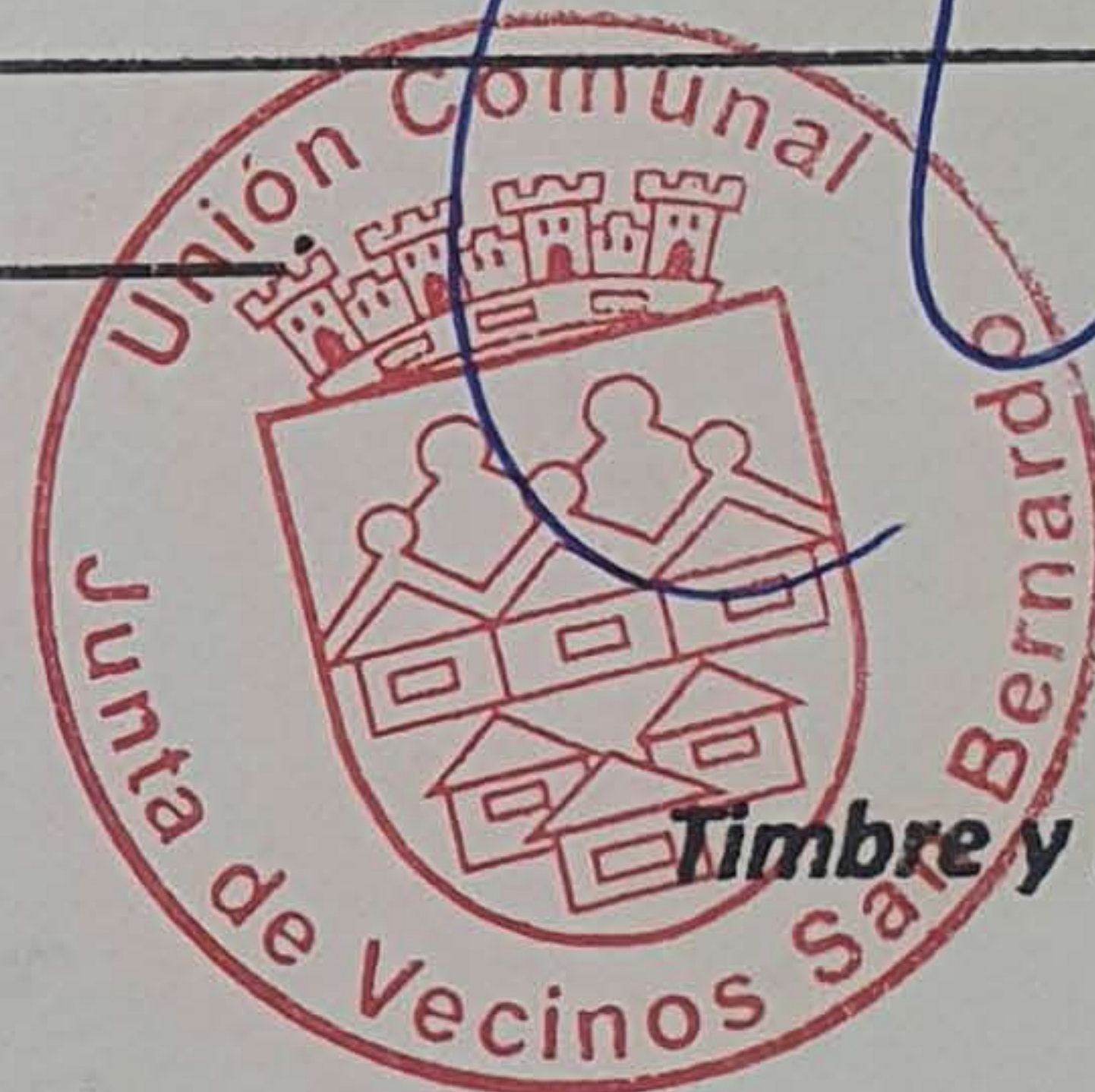
**UNION COMUNAL DE JUNTAS DE VECINOS
SAN BERNARDO**

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

El Directorio de esta Unión Comunal, certifica que don (ña).....Ingrid.....
Caterina Klein Vallejo....., Cédula de Identidad
Nº.....20597.995-6....., tiene su domicilio en.....Freix 805.....
....., correspondiente a esta Comuna.

Se extiende el presente documento a petición del (a) Interesado (a), para ser presentado en
Universidad
para trámites de per se

Nombre : Marisol Orrego Montoya
Cargo : Presidente



Timbre y Firma

SAN BERNARDO, ...Noventa 13..... de 2020.

UNION COMUNAL DE JUNTAS DE VECINOS
SAN BERNARDO

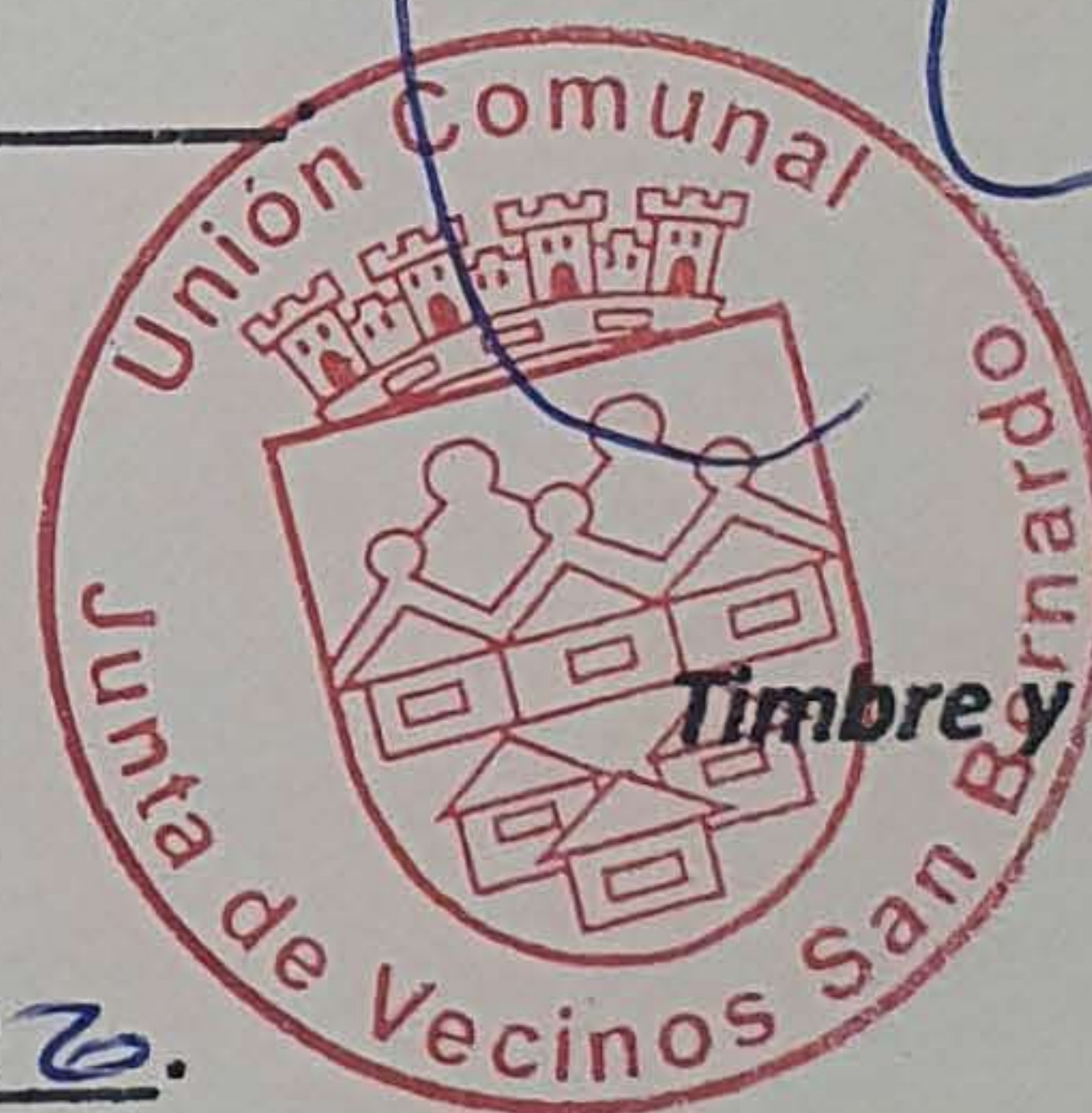
CERTIFICADO DE RESIDENCIA

El Directorio de esta Unión Comunal, certifica que don (ña).....Stephanie
Elisabet Klein Vallejos....., Cédula de Identidad
Nº 22.406.102-1....., tiene su domicilio en.....Fredero 805.....
....., correspondiente a esta Comuna.

Se extiende el presente documento a petición del (a) Interesado (a), para ser presentado en
Universidad
para trámites de jurisprudencia

Nombre : Marisol Orrego Montoya
Cargo : Presidente

SAN BERNARDO, ...Noventa.....13..... de 2026.



Timbre y Firma

JUNTA DE VECINOS N° 6

Comunidad Oliverio Gálvez

Pers. Jurídica 24 del 13-02-1990

Las Siemprevivas 1084

LO PRADO

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Nº 0002995

DIA	MES	AÑO
11	11	2020

El Directorio de la JUNTA DE VECINOS N° 6, certifica que el Señor(a).

GILBERT JOHNNY KLEIN ROJAS

Run N° 11.748.790-3 tiene su actual domicilio en

AV. LAS TORRES # 1069

Se otorga el presente certificado para ser presentado en

TRÁMITES



EXCELLGRAFIX - Rut. 7.889.024-K - CEL 99 299 3866 - Email: excellgrafix@gmail.com

La Directiva

CONSULTAR SITUACIÓN TRIBUTARIA DE TERCEROS

A través de esta opción, el SII proporciona información a los contribuyentes respecto de su situación tributaria, de manera que tomen conocimiento del estado en que se encuentran, al momento de realizar la consulta, y las situaciones que deben ser solucionadas. Junto con lo anterior, permite alertar a aquellas personas que efectúan operaciones con contribuyentes de comportamiento tributario irregular.

Nombre o Razón Social : **
RUT Contribuyente : 13232204-K

Fecha de realización de la consulta: 12-11-2020 10:05 hrs

Contribuyente presenta Inicio de Actividades: NO

Contribuyente autorizado para declarar y pagar sus impuestos en moneda extranjera: NO

Contribuyente es EMPRESA DE MENOR TAMAÑO PRO-PYME: NO

Observación: **Rut consultado sin iniciación de actividades**
El RUT consultado no figura con iniciación de actividades ante el SII. Por tanto, no posee documentos tributarios autorizados por este Servicio.

De efectuar transacciones con este contribuyente, se sugiere, como medio de resguardo, efectuar el pago del bien y/o servicio contratado con cheque nominativo, vale vista nominativo o transferencia electrónica de dinero a nombre del emisor de la factura, girado contra la cuenta corriente bancaria del comprador o beneficiario del servicio, **anotando al reverso el RUT del emisor y el número de la factura**. En el caso de transferencias electrónicas de dinero, esta misma información, incluyendo el monto de la operación, se debe registrar en los respaldos de la transacción electrónica del banco.

Si el contribuyente correspondiente al RUT consultado, no está de acuerdo o desconoce la situación informada en esta consulta, deberá concurrir a la unidad del SII correspondiente a su domicilio para aclarar o resolver su situación.

Esta consulta no constituye una certificación del comportamiento tributario del contribuyente. De esta manera, si para un RUT no aparecen observaciones, no significa que en una posterior auditoría no se detecten problemas.

**DECLARACIÓN DE PENSIÓN
DE ALIMENTOS INFORMAL**

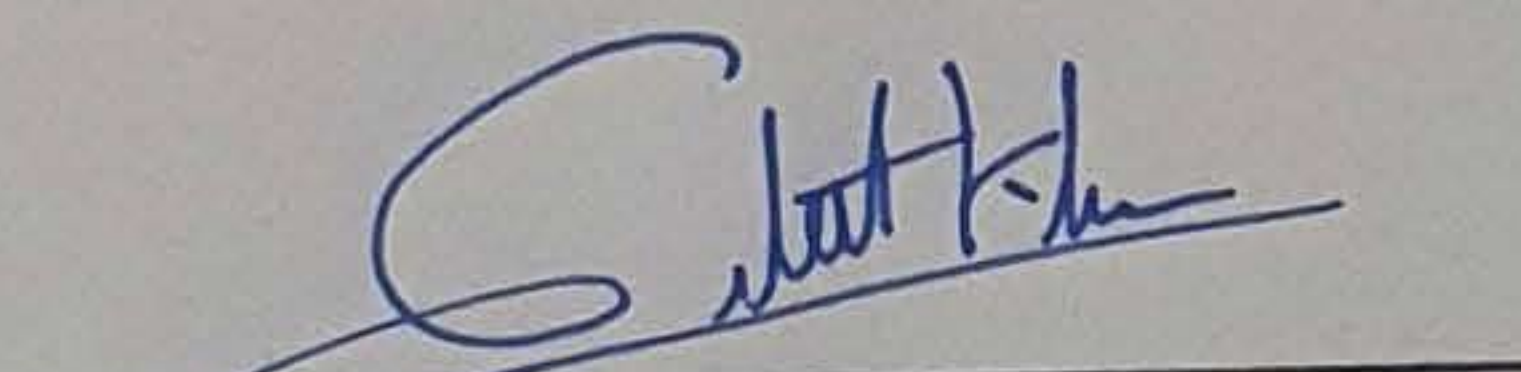
Este documento debe ser completado por el padre o madre que no forma parte del grupo familiar que realiza aporte económico por concepto de pensión de alimentos para el(los) hijo(s), pero que no ha regularizado el trámite vía Tribunal de Familia.

Yo GILBERT KLEIN ROJAS (Nombre de quien entrega la pensión), RUT 11748790-3
(padre o madre), declaro que entrego la suma de \$ 250.000 como aporte para la
mantención de mi(s) hijo(s) INGRID Y STEPHANIE (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. <u>GASTOS MEDICOS</u>	<u>\$ 80.000</u>
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
TOTAL	


Firma (obligatoria)

Fecha 11 / 11 / 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.

**INFORME ESCOLAR STEPHANIE KLEIN VALLECILLO
RED DE SALUD UC CHRISTUS**

Se informa que la paciente Stephanie Klein Vallecillo, Rut 22406102-1, se encuentra en controles con Psiquiatra Infanto Juvenil. Stephanie presenta sintomatología ansioso depresiva que se ha visto exacerbada por la situación actual en relación al covid 19, además de la metodología de clases online y otros estresores externos.

En este contexto, Stephanie ha presentado dificultades en continuar con las tareas académicas solicitadas y su sintomatología actual estaría afectando en su rendimiento y capacidad de focalizarse en las actividades de manera adecuada. Por ende, se sugiere cerrar año académico y permitir su participación de manera voluntaria y libre de evaluaciones formales, privilegiando actividades presenciales y lúdicas en caso de que comiencen con aquella modalidad.

Se extiende el presente certificado para ser presentado en su colegio.

Atte,

Dra. Camila Bas Moore
RUN 16.940.982-K
Psiquiatría del Niño y del Adolescente PUC
camilabasm@gmail.com

Santiago, 22 de Octubre del 2020

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	STEPHANIE KLEIN VALLECILLO
RUT	22.406.102-1
Diagnóstico	DEPRESIÓN MAYOR SEVERA

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica X	\$ 10.000
Medicamentos X	\$ 30.000
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	
Psicoterapia X	\$ 40.000
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	\$ 80.000.

Nombre Jefe(a) de Hogar: INGRID VALLECILLO N Firma: [Firma]

Fecha: 10 / 11 / 20

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.

Comprobante de postulación a beneficios

Estimado/a Ingrid, RUT 20.597.995-6

¡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 15 de noviembre de 2020 a las 19:56:24

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)

