

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	199947893	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	21-01-2021 12:18:10	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Nathalie Ayleen	Apellido paterno	Bustamante
Apellido materno	Guzmán	Email	nathalieayleen@gmail.com
Teléfono	+56986244201	Cuenta RUT	No
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	SOCIOLOGÍA
Año de ingreso	-2017	Vía de ingreso	psu
Fecha ocurrencia matrícula	01-03-2020	Número matrícula	2018114344
Origen matrícula	candidato 1er semestre	Situación matrícula	MATRICULADO
Situación académica	MATRICULADO	Tipo de alumno	ANTIGUO
Edad	22 años 5 meses	Fecha de nacimiento	14-08-1998
Sexo	Mujer	Género	Femenino
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Tramo de fonasa	Tramo B	Titular / carga	Titular
Nacionalidad Chilena	Si		

1.2 Situación de discapacidad del estudiante

No declara

1.3 Datos de contacto en caso de emergencia

Nombre completo	Mariana Guzmán Ayala	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56954005068	Teléfono 2	+56223145824

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	Pasaje Bari
Número	1493	Villa o población	Ciudad del Sol
Región	Región metropolitana	Comuna	Puente Alto

1.4.3 Dirección académica

1.5 Antecedentes de educación superior del estudiante

-Profesional - -2017

Tipo de estudios	-Profesional	Tipo de institución	-Universidad
Estado de educación superior	-No finalicé	Año de ingreso	-2017
Último año cursado	-2017	Nº de semestres cursados	-2
¿Tuviste algún beneficio?	-Si	Especifica cuál(es)	-Gratuidad y Alimentación Junaeb (BAES)

1.6 Hijos(as) del estudiante

No declara

1.7.1 Antecedentes del grupo familiar (viven con estudiante)

Estudiante - 199947893 - Nathalie Ayleen Bustamante Guzmán

RUT o pasaporte	199947893	Nombres	Nathalie Ayleen
Apellido Paterno	Bustamante	Apellido Materno	Guzmán
Edad	22 años 5 meses	Fecha Nacimiento	14-08-1998
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 - 121620901 - Mariana Cristina Guzmán Ayala

RUT o pasaporte	121620901	Nombres	Mariana Cristina
Apellido Paterno	Guzmán	Apellido Materno	Ayala
Edad	44 años 6 meses	Fecha Nacimiento	19-07-1976
Sexo	Mujer	Parentesco	Madre
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	Sí
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Enseñanza media o técnica profesional de nivel medio
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	Forma de trabajo (estable/inestable)	Estable
Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Dependiente	Profesión u oficio	Secretaria

Hermano(a) o hermanastro(a) - 217505453 - Leonardo Andrés Bustamante Guzmán

RUT o pasaporte	217505453	Nombres	Leonardo Andrés
Apellido Paterno	Bustamante	Apellido Materno	Guzmán
Edad	16 años 0 meses	Fecha Nacimiento	03-01-2005
Sexo	Hombre	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 media científico humanista	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

Hermano(a) o hermanastro(a) - 247984410 - Pablo Iván Quezada Guzmán

RUT o pasaporte	247984410	Nombres	Pablo Iván
Apellido Paterno	Quezada	Apellido Materno	Guzmán
Edad	6 años 2 meses	Fecha Nacimiento	14-11-2014
Sexo	Hombre	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	Educación pre-escolar	Asiste a	Escuela o colegio
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 0% y el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad (Tramo del 40)
Ingreso mensual grupo familiar	\$650.000	Número serie estudiante	105.780.242
Número serie jefe de hogar	109.494.571		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

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

2. Datos grupo familiar

2.1 Ingresos del grupo familiar

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

RUT Parentesco	Sueldos y/o pensión	Honorarios	Retiros	Dividendos por acciones	Intereses inmobiliarios	Ganancias de capital	Pensión alimenticia	Otros aportes de parientes	Actividades independientes	Total ingresos
199947893 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
121620901 Madre	\$374.744	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$452.000	\$826.744
217505453 Hermano(a) o hermano(a)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
247984410 Hermano(a) o hermano(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
4	1	\$826.744	\$206.686

* 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 - 121620901 - Mariana Cristina Guzmán Ayala

Nivel educacional	Enseñanza media o técnica profesional de nivel medio	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) - 217505453 - Leonardo Andrés Bustamante Guzmán

Nivel educacional	Enseñanza media científico humanista	Tipo de establecimiento	Particular subvencionado
Situación educacional	Cursando	Estudia fuera de la provincia	No
Arancel mensual	\$35.000	Promedio mensual matrícula	\$0
¿Tiene algún beneficio?	No	Gasto mensual en educación	\$35.000

Hermano(a) o hermanastro(a) - 247984410 - Pablo Iván Quezada Guzmán

Nivel educacional	Educación pre-escolar	Asiste a	Escuela o colegio
Tipo de establecimiento	Particular subvencionado	Situación educacional	Cursando
Estudia fuera de la provincia	No	Arancel mensual	\$35.000
Promedio mensual matrícula	\$0	¿Tiene algún beneficio?	No
Gasto mensual en educación	\$35.000		

Total gastos en educación	\$70.000
---------------------------	----------

2.3 Integrantes del grupo familiar con endeudamiento

Madre - 121620901 - Mariana Cristina Guzmán Ayala

Tipo de endeudamiento	-Préstamos de consumo para sobrevivencia	Otro motivo de endeudamiento	-
Gasto mensual endeudamiento	\$250.000		

Número integrantes con endeudamiento	1	Total endeudamiento grupo familiar	\$250.000
--------------------------------------	---	------------------------------------	-----------

2.4 Integrantes del grupo familiar con problemas judiciales

No declara problemas judiciales

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

2.5 Antecedentes de salud del grupo familiar

Sin Información

Total gastos salud grupo familiar	\$0
-----------------------------------	-----

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 - 199947893 - Nathalie Ayleen Bustamante Guzmán

Tipo de inmueble	-	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-NATHALIE AYLEEN BUSTAMANTE GUZMÁN	Avalúo de la vivienda	-
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-
Calle	-	Número	-
Nº Departamento / casa	-	Block o torre	-
Villa o población	-	Región	-
Comuna	-		

Madre - 121620901 - Mariana Cristina Guzmán Ayala

Tipo de inmueble	-Casa	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN GRUPO FAMILIAR	Tenencia de la vivienda	-Adquirente
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-Mariana Cristina Guzmán Ayala	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 28.696.421 y \$ 34.435.704
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-3
Calle	-Pasaje Bari	Número	-1493
Nº Departamento / casa	-	Block o torre	-
Villa o población	-Ciudad del Sol	Región	-Región metropolitana
Comuna	-Puente Alto		

2.8 Vehículo(s) del grupo familiar

Madre - 121620901 - Mariana Cristina Guzmán Ayala

Uso del vehículo	-Familiar	Tasación fiscal	-\$2.500.000
Año	-2006	Marca	-Suzuki
Patente	-ZL6128		

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	12.162.090-1 - Mariana Cristina Guzmán Ayala	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Situación ocupacional	Activo estable	Puntaje situación ocupacional	3.8

6. Beneficios internos

6.1 Beneficios internos seleccionados

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

7. Última evaluación asistente social

7.1 Evaluación

Asistente social	Paula Olivares Sepúlveda	Fecha registro	21-01-2021 12:17:57
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$0 HASTA \$230.741	Per cápita	\$206.686
Puntaje per cápita	40	Tenencia	Adquirente
Puntaje por Tenencia	2.4	Avalúo	Entre \$ 28.696.421 y \$ 34.435.704
Puntaje por avalúo	6.8	Puntaje por arriendo	0
Puntaje condicionantes sociales	12	Puntaje total evaluación	75

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

RUT - Nombre Asistente Social	15.316.594-7 - Paula Olivares Sepúlveda	Fecha de Observación	jueves 21 de enero del 2021 a las 12:17:34
Observación	se ajusta ingreso a detalle de gastos		

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	199947893	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	21-01-2021 12:18:10	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Nathalie Ayleen	Apellido paterno	Bustamante
Apellido materno	Guzmán	Email	nathalieayleen@gmail.com
Teléfono	+56986244201	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Año de ingreso	-2017	Carrera	SOCIOLOGÍA
Número matrícula	2018114344	Situación matrícula	MATRICULADO
Situación académica	MATRICULADO	Tipo de alumno	ANTIGUO
Edad	22 años 5 meses	Fecha de nacimiento	14-08-1998
Sexo	Mujer	Género	Femenino
Estado civil	Soltero(a)	Nacionalidad Chilena	Si

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$206.686 / DESDE \$0 HASTA \$230.741	Puntaje per cápita	40
Tenencia	Adquirente	Puntaje tenencia	2.4
Puntaje arriendo	0	Tramo avalúo	Entre \$ 28.696.421 y \$ 34.435.704
Puntaje avalúo	6.8	Puntaje variables socioeconómicas	49.2

3. Situación ocupacional jefe de hogar

Rut - nombre	12.162.090-1 - Mariana Cristina Guzmán Ayala	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	No	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Situación ocupacional	Activo estable	Puntaje situación ocupacional	3.8

4. Condicionantes sociales

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

Problemas judiciales	
Enfermedad crónica o permanente, se involucra aquellos trastornos de Salud Mental	
Integrante del grupo familiar que estudia fuera del lugar de origen	
Integrante del grupo familiar que estudia, excluido el alumno	Sí
Dos o más integrantes del grupo familiar que estudia en Ens. superior excluido el alumno	
Alumno que incurre en gastos o tiempo extra de movilización	
Alumno que tenga hijos a su cargo	
Familia uniparental	Sí
Alumno solo (desvinculado)	
Grupo familiar numeroso	
Grupo familiar pequeño	
Hacinamiento	
Total puntaje condicionantes sociales	12

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Paula Olivares Sepúlveda	Fecha registro	21-01-2021 12:17:57
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	75
----------------------------	----

Comprobante de postulación a beneficios

Estimado/a Nathalie, RUT 19.994.789-3

¡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 23:44:57

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)

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:
Nombre estudiante: <u>Nathaniel Bashamank Guzmán</u>	Carrera: <u>Sociología</u>
Nº de Integrantes grupo familiar: <u>4</u>	Nº de Integrantes que aportan: <u>1</u>

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: <u>Mariana Guzmán Ayala</u>	RUT: <u>12.162.090-1</u>
Domicilio: <u>Paseo Barrio 1993, Pte Alto</u>	Fono: <u>954003068</u>
Domicilio laboral: <u>Isabel la Católica 3740, Las Condes</u>	Fono:
Profesión, oficio o actividad: <u>Ejecutiva de atención</u>	
Total ingreso mensual grupo familiar: <u>500.000</u>	

2. GASTOS FAMILIARES

Concepto	Gasto grupo familiar	Gastos estudiante en Stgo. (solo si eres de región)
1. Alimentación	<u>130.000</u>	
2. Arriendo		
3. Dividendo	<u>165.000</u>	
4. Contribuciones		
5. Luz	<u>20.000</u>	
6. Agua	<u>20.000</u>	
7. Combustible (gas, parafina, otros)	<u>25.000</u>	
8. Bencina	<u>20.000</u>	
9. Movilización		
10. Teléfono (fijo y/o celular)	} <u>42.000</u>	
11. TV Cable		
12. Internet		
13. Útiles de aseo	<u>15.000</u>	
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)	<u>70.000</u>	
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)	<u>300.000</u>	
16. Vestuario		
17. Salud		
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)		
19. Otro (detallar):		
20. TOTALES		
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR		

3. OBSERVACIONES

Las deudas y gastos que no se pueden cubrir con los ingresos, se van pagando a través de más créditos y préstamos

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: 14 / 11 / 2020

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

1. BIENES RAÍCES

TIPO (casa, depto., terreno, estacionamiento)	USO (Vivienda, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
Casa	Vivienda	\$ 31.883.870

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

TIPO (auto, camioneta, camión, furgón, moto, otros)	USO (Particular, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
auto	particular	\$ 2.480.000

3. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD(ES)

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

4. INVERSIONES Y OTROS

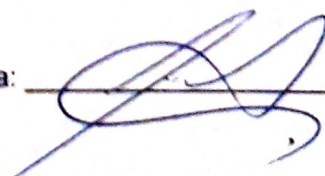
TIPO (Depósito a plazo, fondos mutuos, ahorros, acciones, otros)	NOMBRE INSTITUCIÓN	CANTIDAD EN \$	APORTE MENSUAL (si corresponde)	TOTAL INVERSIÓN

5. DEUDAS

TIPO (Crédito hipotecario, automotriz, otros)	INSTITUCIÓN BANCARIA O CASA COMERCIAL	PAGO MENSUAL	N° TOTAL DE CUOTAS	FECHA VENCIMIENTO DE DEUDA TOTAL
crédito hipotecario	Scotiabank	165.000	240	03/2023
otros (t. crédito)	Banco Chile	200.000		
tarjeta crédito	La Polar	100.000		

Nombre Jefe(a) de Hogar: Maricela Guzmán Ayala
 Fecha: 14 / 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.



Cartola Hogar

Registro Social de Hogares

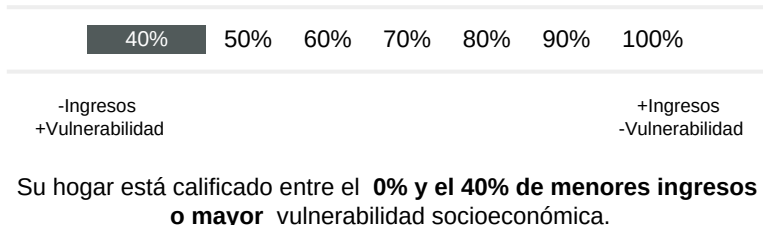
Folio #50404583
Fecha Confirmación Ciudadano: 03/11/2016

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

**Nathalie Ayleen
Bustamante Guzmán**

RUN:
19.994.789-3
Dirección del Hogar:
Bari, Nro domicilio: 1493, Puente Alto.
Agrupación Habitacional:
Ciudad del Sol -Pb

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
12.162.XXX-X	Mariana Cristina Guzmán Ayala	Jefe(a) de hogar
21.750.XXX-X	Leonardo Andres Bustamante Guzmán	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
24.798.XXX-X	Pablo Ivan Quezada Guzmán	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
19.994.XXX-X	Nathalie Ayleen Bustamante Guzmán	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

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

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$455.000 y \$580.000
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 \$455.000 y \$580.000**

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 12 de Noviembre a las 23:27 hrs.

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: _____ Firma: _____
 Fecha: ____/____/____.

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.

CERTIFICADO

La empresa Centro de Imágenes MEDS Ltda. certifica que nuestro (a) trabajador (a) **Mariana Cristina Guzmán Ayala** , cédula de nacional de identidad N°12.162.090-1 se encuentra contratado (a) en nuestra empresa en el cargo de Ejecutiva de Atención, desde el 20 de Agosto del 2012, y su contrato es Indefinido.

Desde el 9 de Abril y hasta la fecha, nuestra trabajadora se encuentra suspendida, haciendo uso del beneficio del Seguro de Desempleo de AFC por tema COVID.

Según lo publicado en la pagina de AFC sus pagos son los siguientes:

Su pago será el siguiente:

Fecha de pago	Monto(*)
15-05-2020	\$ 562.162
12-06-2020	\$ 441.698
10-07-2020	\$ 361.390
14-08-2020	\$ 321.235
11-09-2020	\$ 281.081

Se extiende el Presente certificado a petición del trabajador para fines que estime convenientes.



Erika Cespedes Reyes
Gerente de Personas Corporativo
Centro de Imágenes MEDS Ltda.
77.495.150-4

Stgo. 16 de Junio 2020

Certificado de Cotizaciones

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias

Fecha Solicitud: 13/11/2020

Nombre: MARIANA CRISTINA GUZMAN AYALA

RUT: 12.162.090-1

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

Periodo Cotizado	Tipo Movimiento	Fecha de Pago	Monto Fondo de pensiones (10%)	Fondo Destino	Remuneración Imponible	Rut Pagador
09/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/10/2020	\$10.470	C	\$824.379	77.495.150-4
09/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/10/2020	\$82.438	C	\$824.379	77.495.150-4
09/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/10/2020	\$16.405	C	\$824.379	77.495.150-4
08/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	11/09/2020	\$10.470	C	\$824.379	77.495.150-4
08/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	11/09/2020	\$82.438	C	\$824.379	77.495.150-4
08/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	11/09/2020	\$16.405	C	\$824.379	77.495.150-4
07/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/08/2020	\$10.470	C	\$824.379	77.495.150-4
07/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/08/2020	\$16.405	C	\$824.379	77.495.150-4
07/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/08/2020	\$82.438	C	\$824.379	77.495.150-4
06/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/07/2020	\$12.613	C	\$824.379	77.495.150-4
06/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/07/2020	\$82.438	C	\$824.379	77.495.150-4
06/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/07/2020	\$10.470	C	\$824.379	77.495.150-4
05/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	12/06/2020	\$82.438	C	\$824.379	77.495.150-4
05/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	12/06/2020	\$12.613	C	\$824.379	77.495.150-4
05/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	12/06/2020	\$10.470	C	\$824.379	77.495.150-4

FOLIO FORMULARIO: 7b2c7975-979b-452b-b077-9134da072f6f

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

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

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

Período Cotizado	Tipo Movimiento	Fecha de Pago	Monto Fondo de pensiones (10%)	Fondo Destino	Remuneración Imponible	Rut Pagador
04/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/05/2020	\$5.448	C	\$428.943	77.495.150-4
04/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/05/2020	\$42.894	C	\$428.943	77.495.150-4
04/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/05/2020	\$6.563	C	\$428.943	77.495.150-4
03/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/04/2020	\$10.389	C	\$818.007	77.495.150-4
03/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/04/2020	\$81.801	C	\$818.007	77.495.150-4
03/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/04/2020	\$12.516	C	\$818.007	77.495.150-4
02/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/03/2020	\$9.964	C	\$784.558	77.495.150-4
02/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/03/2020	\$12.004	C	\$784.558	77.495.150-4
02/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/03/2020	\$78.456	C	\$784.558	77.495.150-4
01/2020	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/02/2020	\$79.859	C	\$798.589	77.495.150-4
01/2020	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/02/2020	\$10.142	C	\$798.589	77.495.150-4
01/2020	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/02/2020	\$12.218	C	\$798.589	77.495.150-4
12/2019	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/01/2020	\$13.617	C	\$889.991	77.495.150-4
12/2019	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/01/2020	\$88.999	C	\$889.991	77.495.150-4
12/2019	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/01/2020	\$11.303	C	\$889.991	77.495.150-4
11/2019	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/12/2019	\$10.374	C	\$816.878	77.495.150-4
11/2019	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/12/2019	\$12.498	C	\$816.878	77.495.150-4
11/2019	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/12/2019	\$81.688	C	\$816.878	77.495.150-4
10/2019	Pago Electronico Cotizacion Adicional	13/11/2019	\$10.875	C	\$856.285	77.495.150-4
10/2019	Pago Electronico Cotizacion Obligatoria	13/11/2019	\$85.629	C	\$856.285	77.495.150-4
10/2019	Pago Electronico Prima de Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS)	13/11/2019	\$13.101	C	\$856.285	77.495.150-4

FOLIO FORMULARIO: 7b2c7975-979b-452b-b077-9134da072f6f

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

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

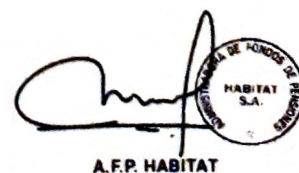
Si quedaste con dudas, conéctate con nuestro Contact Center al 600 220 2000.

RUT Pagador	
RUT	Nombre Empresa
77.495.150-4	CENTRO DE IMAGENES MEDS LTDA.

Estimado afiliado, le comunicamos que por falta de información existente, este documento muestra periodos de cotización sin información de forma momentánea, lo cual está siendo regularizado por la Administradora de fondos correspondiente.

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

Saluda atentamente a usted.



A.F.P. HABITAT

FOLIO FORMULARIO: 7b2c7975-979b-452b-b077-9134da072f6f

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

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

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

Certificado de Períodos Cotizados

Fecha Solicitud: 13/11/2020

Nombre: MARIANA CRISTINA GUZMAN AYALA

RUT: 12.162.090 -1

De acuerdo a nuestros registros, certificamos que Usted se afilió al Sistema Previsional regido por el D.L. 3.500 el 1 de enero de 1995 y es titular de una Cuenta Individual en esta Administradora, la que registra 20 años y 9 mes(es) de acuerdo al siguiente detalle:

Trabajador Dependiente

Meses Cotizados													
Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total Meses
1995												SI	1
1996	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
1997	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
1998	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		SI	SI		10
2000		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	11
2001	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2002	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2003	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2004	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2005	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2006	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2007	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2008	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12

FOLIO FORMULARIO: 8a728aed-a97f-4b1d-9695-6f8e35d2cd73

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

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

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

Trabajador Dependiente

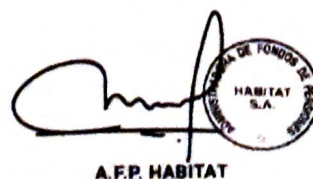
Meses Cotizados													
Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total Meses
2009	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI			10
2012								SI	SI	SI	SI	SI	5
2013	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2014	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		SI	11
2015	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2016	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2017	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2018	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2019	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12
2020	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI				9
Total													249

Trabajador Independiente

De acuerdo a nuestros registros, certificamos que Usted no registra meses cotizados como trabajador independiente.

Estimado afiliado, le comunicamos que por falta de información existente, este documento muestra períodos de cotización sin información de forma momentánea, lo cual está siendo regularizado por la Administradora de fondos correspondiente.

Saluda atentamente a usted.



A.F.P. HABITAT

FOLIO FORMULARIO: 8a728aed-a97f-4b1d-9695-6fbe35d2cd73

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

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

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

ANEXO CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO.
SUSPENSIÓN DE RELACIÓN LABORAL

En Santiago, a **01 de Julio de 2020**, entre **Centro de Imágenes MEDS Ltda.**, RUT N° **77.495.150-4**, representada por don **Erika Céspedes Reyes**, cédula nacional de identidad **7.040.659-4**, ambos domiciliados en **Av. José Alcalde Délano 10.581**, Comuna de Lo Barnechea, Santiago, en adelante también “la Empresa” o “el Empleador”, por una parte, y por la otra, don(a) **MARIANA CRISTINA GUZMAN AYALA**, cédula nacional de identidad N° **12.162.090-1** en adelante “el Trabajador”, se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: Antecedentes previos

1. Atendida la emergencia sanitaria por la propagación de la pandemia Covid-19 (también llamado “CoronaVirus”), las distintas autoridades gubernamentales han decretado diversas medidas orientadas a la preservación de la salud de la población de Chile, las que han afectado a nuestra actividad.
2. En efecto, la existencia de zonas bajo cuarentena, actividades prohibidas, cordones sanitarios, etcétera; han impactado tanto a nuestros clientes, como los servicios que se requieren y también a nuestros trabajadores, en el caso de aquellos que se han visto restringidos de movimiento. Lo anterior ha significado que el desempeño de la actividad productiva del Empleador se ha visto drásticamente afectada y se hace insostenible para ambas partes mantener el contrato de trabajo surtiendo efectos normales.
3. En virtud de lo anterior, las partes suscribieron con fecha **09 de Abril de 2020** un anexo de suspensión temporal de la relación laboral, con duración hasta el **30 de Junio de 2020**.
4. Teniendo presente que la intención de las partes es contribuir mutuamente a salir de la mejor manera de esta situación, es que vienen en acordar la renovación de la suspensión de la relación laboral en los términos que se indican en este anexo.

SEGUNDO: Renovación de la Suspensión Temporal de la relación laboral

Que atendido lo expuesto en la cláusula precedente, por medio del presente instrumento las partes acuerdan la renovación de la suspensión de la relación laboral en virtud de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley N° 21.227, por un nuevo plazo a contar del **01 de Julio de 2020**, fecha en la cual concluía la suspensión temporal de la relación laboral vigente, hasta el **31 de Agosto de 2020** ambas fechas inclusive. El plazo anterior podrá ser prorrogado por acuerdo de las partes, conforme las condiciones de avance de la enfermedad y/o de salubridad de la Empresa.

Las partes declaran que cumplen con todos los requisitos establecidos en el artículo 5 y siguientes de la Ley N° 21.227 para poder acordar la presente suspensión temporal.

Se deja expresa constancia que mientras dure la suspensión del contrato entre las partes, el Trabajador no estará obligado a prestar sus servicios, ni cumplir las demás obligaciones que

le impone el contrato de trabajo con la Empresa y, como contrapartida, el Empleador no estará obligado a otorgar el trabajo convenido ni a pagar las remuneraciones. Sin perjuicio de lo anterior, el empleador continuará pagando íntegramente las cotizaciones previsionales que correspondan, de conformidad a la Ley N° 21.227.

TERCERO: Efectos y renovación.

El Contrato de Trabajo volverá a tener sus efectos, de pleno derecho, el día **01 de septiembre de 2020**. Si por cualquier motivo cesa esta suspensión antes de la fecha mencionada, las partes firmarán un anexo de contrato que así lo ratifique. Lo mismo en caso que se acordase prorrogar la vigencia de la suspensión, por mantenerse los hechos que la motivan.

Una vez finalizado el plazo pactado, o la prórroga en su caso, el Trabajador deberá volver a cumplir con sus funciones en iguales términos, condiciones y obligaciones a los vigentes hasta esta fecha. En caso de no reintegrarse el Trabajador en el plazo correspondiente, la Empresa podrá adoptar las medidas y/o sanciones que sean procedentes.

CUARTO: En lo no modificado por este instrumento se mantienen vigentes las cláusulas del Contrato de Trabajo suscrito entre las partes del cual pasa a formar parte integrante este instrumento.

QUINTO: El presente documento se otorga en dos ejemplares de igual tenor y fecha, quedando uno para cada una de las partes.



Erika Céspedes Reyes
Gerente de Personas Corporativo
Centro de Imágenes MEDS Ltda.

MARIANA CRISTINA GUZMAN
AYALA
Trabajador



La solicitud ha sido **aceptada**

Su pago será el siguiente:

Giro	Monto CIC	Monto FCS	Monto(*)	Fecha de pago	Estado
1	\$ 441.698	\$ 0	\$ 441.698	26-06-2020	Pagado
2	\$ 359.892	\$ 0	\$ 359.892	17-07-2020	Pagado
3	\$ 321.235	\$ 0	\$ 321.235	14-08-2020	Pagado
4	\$ 204.816	\$ 214.941	\$ 419.757	11-09-2020	Pagado
5	\$ 18.107	\$ 18.032	\$ 36.139	16-10-2020	Pagado



Una vez que sus giros se encuentren pagados, usted podrá verificar cuanto financiamiento recibió de su cuenta individual y del fondo de cesantía solidario.

Monto

CIC: Cuenta individual de Cesantía

FCS: Fondo de Cesantía Solidario

Sus pagos serán efectuados a través de la siguiente modalidad:

- EFECTIVO
- Servipag
-

(*) El monto a pagar se calcula en base a la remuneración de los últimos 3 meses anteriores a la fecha de inicio de la suspensión laboral.

El o los pago(s) se suspenderá(n) en caso de tener licencia médica, retomar su actividad laboral o ser desvinculado.

[Volver](#)

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:	Fecha:
Nombre estudiante:	Carrera:
Nº de Integrantes grupo familiar:	Nº de Integrantes que aportan:

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		
2. Arriendo		
3. Dividendo		
4. Contribuciones		
5. Luz		
6. Agua		
7. Combustible (gas, parafina, otros)		
8. Bencina		
9. Movilización		
10. Teléfono (fijo y/o celular)		
11. TV Cable		
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)		
19. Otro (detallar):		
20. TOTALES		
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR		

3. OBSERVACIONES

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)

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 : MARIANA CRISTINA GUZMAN AYALA

RUT Contribuyente : 12162090-1

Fecha de realización de la consulta: 12-11-2020 23:33 hrs

Contribuyente presenta Inicio de Actividades: SI

Fecha de Inicio de Actividades: 29-11-2005

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

Contribuyente es EMPRESA DE MENOR TAMAÑO PRO-PYME: NO

Actividades Económicas vigentes:

Actividades	Código	Categoría	Afecta IVA	Fecha
OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P.	749009	Segunda	No	29-11-2005

Documentos Timbrados:

Documento	Año último timbraje
Boletas De Honorarios Electronicas	2005

Para informarse sobre un documento específico del contribuyente, diríjase a [Consulta de documentos autorizados](#).

Observación: **Recomendación General**

Como recomendación general, siempre que se realicen transacciones comerciales con cualquier contribuyente, el SII aconseja verificar, en las opciones anteriores habilitadas, el timbraje del documento y que la actividad económica esté vigente en las bases de datos del Servicio. Además, se recomienda

CERTIFICADO DE AVALÚO FISCAL

Avalúos en pesos del SEGUNDO SEMESTRE DE 2020

Comuna : PUENTE ALTO
Número de Rol de Avalúo : 07510 – 00010
Dirección o Nombre del bien raíz : PJ BARI 1493 CIUDAD DEL SOL
Destino del bien raíz : HABITACIONAL

AVALÚO TOTAL	: \$	31.883.870
AVALÚO EXENTO DE IMPUESTO	: \$	31.883.870
AVALÚO AFECTO A IMPUESTO	: \$	0

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**



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **NATHALIE AYLEEN BUSTAMANTE GUZMÁN**, RUN **19994789-3**, 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: 12/11/2020
Código de Verificación: 1151038201

Resultado Búsqueda

Filtrar resultado:

Registros a mostrar:

5

▼

Tipo	Código	Año Fab.	Marca	Modelo	Versión	Caract.	Equip.	Tasación	Valor Permiso
Hatchback	HB2290064	2006	SUZUKI	AERIO	SEDAN GLX	Q	Q	\$2.480.000	\$24.800

Si un vehículo no figura en estos listados o en nuestro sitio web, será el Director de Tránsito Municipal respectivo quien homologue el valor de tasación fiscal a uno de similares características, presente en nuestros listados, según lo establecido en el Decreto Ley N° 3.063 sobre Rentas Municipales, artículo 17.

TASACIÓN FISCAL VEHICULO

Tipo	Código	Año Fab.	Marca	Modelo	Versión	Caract.	Equip.	Tasación	Valor Permiso
Hatchback	HB2290064	2006	SUZUKI	AERIO	SEDAN GLX	Q	Q	\$2.480.000	\$24.800