

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	203391846	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	21-12-2021 12:38:55	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Camila Samaria	Apellido paterno	Pavez
Apellido materno	Reyes	Email	pavezreyescamila@gmail.com
Teléfono	+56991338996	Cuenta RUT	Sí
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	SOCIOLOGÍA
Vía de ingreso	psu	Fecha ocurrencia matrícula	01-03-2021
Número matrícula	2019113789	Origen matrícula	candidato 1er semestre
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	21 años 2 meses
Fecha de nacimiento	18-10-2000	Sexo	Mujer
Género	Mujer	Estado civil	Soltero(a)
Sistema de salud	Fonasa	Tramo de fonasa	Tramo B
Titular / carga	Carga	Titular (Parentesco)	Madre
Nacionalidad	Chilena		

1.2 Situación de discapacidad del estudiante

No declara

1.3 Datos de contacto en caso de emergencia

Nombre completo	Carolina Andrea Reyes Catalán	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56987494890	Teléfono 2	+56950317049

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 o vía principal	Pablo Garrido Vargas
Numeración	369	Villa o sector	Claudio Arrau
Región	Región del Lib. B. Ohiggins	Comuna	Rengo

1.4.3 Dirección académica

Sin información

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 - 203391846 - Camila Samaria Pavez Reyes

RUT o pasaporte	203391846	Nombres	Camila Samaria
Apellido Paterno	Pavez	Apellido Materno	Reyes
Edad	21 años 2 meses	Fecha Nacimiento	18-10-2000
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 - 139490533 - Carolina Reyes Catalán

RUT o pasaporte	139490533	Nombres	Carolina
Apellido Paterno	Reyes	Apellido Materno	Catalán
Edad	41 años 0 meses	Fecha Nacimiento	16-12-1980
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 técnica nivel superior
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 formal o legal
Forma de trabajo (estable/inestable)	Estable	Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Dependiente
Profesión u oficio	Tecnico en administración de Empresas, mención recursos humanos		

Hermano(a) o hermanastro(a) - 225834938 - Sofia Pavez Reyes

RUT o pasaporte	225834938	Nombres	Sofia
Apellido Paterno	Pavez	Apellido Materno	Reyes
Edad	14 años 0 meses	Fecha Nacimiento	20-12-2007
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	Municipal / Consejo Local
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) - 27059073K - Cristobal Alonso Vásquez Reyes

RUT o pasaporte	27059073K	Nombres	Cristobal Alonso
Apellido Paterno	Vásquez	Apellido Materno	Reyes
Edad	2 años 1 meses	Fecha Nacimiento	24-10-2019
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	Sin estudios formales	Estudia o estudió en la Universidad de Chile	No
¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	No	Actividad (no percibe ingresos)	Menor de 4 años

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	\$215.000	Número serie estudiante	108950453
Número serie jefe de hogar	108950891		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

¿Tienes trabajo remunerado?	No	Tiempos de traslado	121 minutos ó más
------------------------------------	----	----------------------------	-------------------

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
203391846 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
139490533 Madre	\$481.002	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$201.458	\$0	\$0	\$682.460
225834938 Hermano(a) o hermanastro(a)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
27059073K 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
4	1	\$682.460	\$170.615

* 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 - 139490533 - Carolina Reyes Catalán

Nivel educacional	Enseñanza técnica nivel superior	Situación educacional	Completo
Arancel mensual	\$0	Promedio mensual matrícula	\$0
Gasto mensual en educación	\$0		

Hermano(a) o hermanastro(a) - 225834938 - Sofia Pavez Reyes

Nivel educacional	Enseñanza básica	Tipo de establecimiento	Municipal / Consejo Local
Situación educacional	Cursando	Estudia fuera de la provincia	No
Arancel mensual	\$0	Promedio mensual matrícula	\$0
¿Tiene algún beneficio?	No	Gasto mensual en educación	\$0

Hermano(a) o hermanastro(a) - 27059073K - Cristobal Alonso Vásquez Reyes

Nivel educacional	Sin estudios formales	Arancel mensual	\$0
Promedio mensual matrícula	\$0	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

Estudiante - 203391846 - Camila Samaria Pavez Reyes

Tipo de enfermedad	-Permanentes o de Mediano Costo-Permanentes o de Mediano Costo	Diagnóstico	-Asma bronquial en mayores de 15 años. -Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
Otro diagnóstico	--	Atención GES	-Sí-Sí
Gasto mensual	-\$0-\$10.000	Observación	--

Madre - 139490533 - Carolina Reyes Catalán

Tipo de enfermedad	-Permanentes o de Mediano Costo	Diagnóstico	-Otra enfermedad permanente o de mediano costo
Otro diagnóstico	-Disco patía degenerativa	Atención GES	-No
Gasto mensual	-\$15.000	Observación	-

Total gastos salud grupo familiar	\$25.000
-----------------------------------	----------

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 - 203391846 - Camila Samaria Pavez Reyes

Tipo de inmueble	-	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-CAMILA SAMARIA PAVEZ REYES	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 - 139490533 - Carolina Reyes Catalán

Tipo de inmueble	-Casa	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN GRUPO FAMILIAR	Tenencia de la vivienda	-Propietario
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-Carolina Reyes Catalán	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 0 y \$ 28.224.339
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-3
Calle	-Pablo Garrido Vargas	Número	-369
Nº Departamento / casa	-	Block o torre	-
Villa o población	-Claudio Arrau	Región	-Región del Lib. B. Ohiggins
Comuna	-Rengo		

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	Sí	¿Es renovante?	NO
Puntaje de categoría red de apoyo	22	Categoría red de apoyo	Tramo 2 - red de apoyo moderada

5. Jefe de hogar

5.1 Situación ocupacional del jefe de hogar

Rut - nombre	13.949.053-3 - Carolina Reyes Catalán	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable), - Pensión de alimento formal o legal
Situación ocupacional	Activo estable	Puntaje situación ocupacional	3.8

6. Beneficios internos

6.1 Beneficios internos seleccionados

Beca de Atención Económica (BAE)	Sí	Programa de Residencias Universitarias	Sí
---	----	---	----

7. Última evaluación asistente social

7.1 Evaluación

Asistente social	Carmen Gloria Neira Sandoval	Fecha registro	21-12-2021 12:38:45
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$0 HASTA \$239.509	Per cápita	\$170.615
Puntaje per cápita	40	Tenencia	Propietario
Puntaje por Tenencia	1.6	Avalúo	Entre \$ 0 y \$ 28.224.339
Puntaje por avalúo	10	Puntaje por arriendo	0
Puntaje condicionantes sociales	20	Puntaje total evaluación	85.4

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	203391846	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	21-12-2021 12:38:55	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Camila Samaria	Apellido paterno	Pavez
Apellido materno	Reyes	Email	pavezreyescamila@gmail.com
Teléfono	+56991338996	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Carrera	SOCIOLOGÍA	Número matrícula	2019113789
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	21 años 2 meses
Fecha de nacimiento	18-10-2000	Sexo	Mujer
Género	Mujer	Estado civil	Soltero(a)
Nacionalidad Chilena	Chilena		

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$170.615 / DESDE \$0 HASTA \$239.509	Puntaje per cápita	40
Tenencia	Propietario	Puntaje tenencia	1.6
Puntaje arriendo	0	Tramo avalúo	Entre \$ 0 y \$ 28.224.339
Puntaje avalúo	10	Puntaje variables socioeconómicas	51.6

3. Situación ocupacional jefe de hogar

Rut - nombre	13.949.053-3 - Carolina Reyes Catalán	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	No	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable), - Pensión de alimento formal o legal
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	SÍ
Integrante del grupo familiar que estudia fuera del lugar de origen	SÍ
Integrante del grupo familiar que estudia, excluido el alumno	SÍ
Dos o más integrantes del grupo familiar que estudia en Ens. superior excluido el alumno	
Alumno que incurre en gastos o tiempo extra de movilización	
Alumno que tenga hijos a su cargo	
Familia uniparental	SÍ
Alumno solo (desvinculado)	
Grupo familiar numeroso	
Grupo familiar pequeño	
Hacinamiento	
Total puntaje condicionantes sociales	20

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Carmen Gloria Neira Sandoval	Fecha registro	21-12-2021 12:38:45
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	SÍ
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	85.4
----------------------------	------

52 1/2

ACTA UNILATERAL DEL CESE DE LA CONVIVENCIA

Art. 25 Ley de Matrimonio Civil

AC2

20 SET 2017

RENGO Nº

En RENGÓ, a 20 de Septiembre de 2017, ante mí MARIA CRISTINA TALPEN AMPUERO Oficial Civil de RENGÓ, comparece don/doña CAROLINA ANDREA REYES CATALÁN RUN Nº / Nº Ident. 13.949.053-3 domiciliado en LAS BAHAMAS 170 VILLA LAS AMERICAS RENGÓ, quien señala lo siguiente: *Tiempo 68535251.*

PRIMERO: Que el (la) compareciente contrajo matrimonio con don/doña: CARLOS FONCRISCHMAN PAVEZ SALAZAR RUN Nº / Nº Ident. 11.891.674-3 domiciliado(a) en *Villa Roma 1, pje. Napoléon, comun. N.º 10975, San Vicente de Tagua Tagua*, con fecha 17 de Diciembre de 1999, según consta en la inscripción de matrimonio Nº 198- del año 1999 de la circunscripción de SAN VICENTE DE TAGUA TAGUA.

SEGUNDO: El (la) compareciente expresa su voluntad de poner fin a la vida en común, originada por el matrimonio precedentemente individualizado.

En comprobante y previa lectura firma.

Caroline R.
Compareciente



[Signature]
MARIA CRISTINA TALPEN AMPUERO
OFICIAL CIVIL ADJUNTO
Firma y Timbre Oficial Civil

NOTA: El artículo 25 de la Ley de Matrimonio Civil establece que la fecha cierta del cese de la convivencia, se establecerá una vez que el otro cónyuge sea notificado de esta declaración unilateral. Para realizar esta notificación se debe concurrir al Tribunal competente, siendo de responsabilidad del interesado hacerlo y en ningún caso del Servicio de Registro Civil e Identificación.

Rengo, veintiuno de septiembre de dos mil diecisiete.-

Por iniciada solicitud unilateral de notificación judicial de **Cese de Convivencia**.

NOTIFÍQUESE PERSONALMENTE el acta unilateral del cese de la convivencia al cónyuge de la solicitante don **CARLOS FONCRISCHMAN PAVEZ SALAZAR, RUN N° 11.891.674-3**, domiciliado en VILLA ROMA, PASAJE NÁPOLES PONIENTE N° 0695 de la comuna de SAN VICENTE DE TAGUA TAGUA, por intermedio de funcionario encargado de notificaciones DE CARABINEROS DE SAN VICENTE DE TAGUA TAGUA.-

En caso de no resultar posible la notificación personal del cónyuge, se autoriza desde ya la notificación por personal subsidiaria si se verifica que se trata de su domicilio y que se encuentra en el lugar del juicio; conforme lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 23 de la ley 19.968.

RIT V-124-2017

RUC 17- 2-0399505-9

FIRMADA POR JUEZ DEL JUZGADO DE FAMILIA DE RENGÓ (PMG)

Notifiqué por el estado diario de hoy la resolución que antecede.-



CARABINEROS DE CHILE
PREF. CACHAPOAL N° 11
6TA. COM. SAN VICENTE

OBJ.: ORDEN NOTIFICACION:

Se devuelve.

REF.: RIT V-124/17

NRO. 4456

SAN VICENTE, 15 de octubre 2017

DE : SEXTA COMISARIA DE CARABINEROS SAN VICENTE.

AL : JUZGADO DE LETRAS Y FAMILIA RENGÓ.-

CIUDAD:

En cumplimiento a lo ordenado por ese Tribunal, mediante el documento mencionado en el rubro de la referencia, adjunto se devuelve orden de Notificación conforme a lo siguiente:

RIT	NOMBRE Y APELLIDO	RESULTADO	I. NOT.	ANI.
V-124/17	CARLOS PAVEZ SALAZAR	POSITIVA	PERSONAL	11.806 11.503

Tribunal.

1.- Lo anterior es todo cuanto se informa y devuelve a ese



MANUELA YEVENES ARAVENA
Teniente de Carabineros
Subcomisario Administrativo

RECIBIDO 20 SET 2017

11.806.-

11503-

OFICIO CS N°5170-2017/ VMS

Rengo, 27 de septiembre de 2017.

En causa **RIT N° V-124-2017, RUC 17- 2-0399505-9**, caratulada "CAROLINA REYES/CARLOS PAVEZ" sobre **CESE CONVIVENCIA**, se ha ordenado oficiar a Ud., a fin de solicitar notificar a doña **CARLOS PAVEZ SALAZAR**, cuya copia se adjunta.
Saluda atentamente a Ud.

EDGARDO LOPEZ GONZALEZ
JUEZ TITULAR
JUZGADO DE FAMILIA DE RENGÓ.

AL SEÑOR
CARABINEROS SAN VICENTE DE TAGUA-TAGUA
PRESENTE.



DISTRIBUCIÓN

- La Indicada
- Archivo Juzgado

NOTIFICACIÓN N°

1-10-2017

EN RENGLO A:

15

de

octubre

de 2017

Siendo las

10:40

HORAS.

NOTIFICACIÓN Y / O CITACIÓN

NOMBRE: Carlos Benecidiano - Joves Salgado

CALIDAD: Persona Personal

DIRECCIÓN: Calle Alameda Portales N° 258, Rengo

SE NOTIFICA RESOLUCIÓN DE FECHA: 13-10-2017

CITACIÓN AUDIENCIA ☐ MEDIDA CAUTELAR ☐ OTROS ☒

PERSONAL ☒ CÉDULA ☐ ART. 23 LEY DE FAMILIA ☐

PRIMERA BÚSQUEDA	SEGUNDA BÚSQUEDA	TERCERA BÚSQUEDA	CERTIFICACIÓN
13-10-2017 10:40			Notifiqué personalmente y entregué copia de la resolución a la persona requerida quien firmó
			Se entregó copia de la resolución y solicitud en el domicilio señalado a persona adulta, quien expresó que la persona requerida vive allí y que se halla en el lugar del juicio, pero que en ese momento no se encuentra.
			Se dejó copia de la resolución y solicitud en el domicilio señalado.
			Se informó en el domicilio señalado no vive la persona requerida.

Otras observaciones:

Nombre de la persona que recibe la cédula:

Cédula de identidad:

Otras observaciones:

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE

FIRMA MINISTRO DE FE

Rengo, diecinueve de octubre de dos mil diecisiete.

Téngase presente notificación personal realizada a don **CARLOS PAVEZ SALAZAR**.

VISTOS:

Atendido el mérito de los antecedentes y habiéndose dado cumplimiento al objeto de la presente causa, archívense los antecedentes.

Anótese y Regístrese.

Agréguese la nomenclatura dictación de sentencia para efectos SITFA.

RIT V-124-2017.

RUC 17-2-0399505-9.

Firmada por Juez del Juzgado de Familia de Rengo. (pim)

Notifiqué por el estado diario de hoy la resolución que antecede.



PODER JUDICIAL
REPUBLICA DE CHILE

Rengo, veinticuatro de octubre de dos mil diecisiete.

Atendido el estado procesal de la causa, agréguese la nomenclatura "cúmplase" sólo para efectos del Sistema Computacional SITFA.

RIT V-124-2017.

Firmada por Juez del Juzgado de Familia de Rengo. (pim)

Notifiqué por el estado diario de hoy la resolución que antecede.

PROCEDIMIENTO : Espontaneo
FECHA PRIMERA SESIÓN : 16 /01 / 2018
CARATULADO : Reyes / Pavez
MATERIA : Alimentos, Aumentos y Relación Directa y Regular con el Niño.

SOLICITANTE : Carolina Andrea Reyes Catalán
C.N.I. : 13.949.053-3
DOMICILIO : Napoles Ponientes N°0295, Villa Roma, Comuna de San Vicente de T.T
EDUCACIÓN : Superior completa
OFICIO : Operaria
FONO : 9 68535251

SOLICITADO : Carlos Foncrischman Pavez Salazar
C.N.I. : 11.891.674-3
DOMICILIO : Napoles Ponientes N°0295, Villa Roma, Comuna de San Vicente de T.T
EDUCACIÓN : Básica completa
OFICIO : Temporero
FONO : 9 86250887

NIÑO(A) : Camila Samaria Pavez Reyes
C.N.I. : 20.339.184-6
EDAD : 17 años

NIÑO(A) : Sofía Carolina Pavez Reyes
C.N.I. : 22.583.493-8
EDAD : 10 años

MEDIADOR : Hugo Cesar Meza Domínguez
C.N.I. : 9.285.093-5
DOMICILIO : Genaro Lisboa N° 366, Segundo Piso Comuna de San Vicente de T.T
NÚMERO DE REGISTRO : 1349
CORREO ELECTRONICO : encamina@mediacionchile.cl

Acta de Mediación

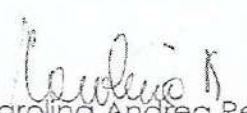
EN LO PRINCIPAL: Solicita la aprobación de los acuerdos obtenidos en el proceso de mediación familiar en materia de Alimentos, Aumentos y Relación Directa y Regular con el Niño **PRIMER OTROSI:** Acompaña documentos. **SEGUNDO OTROSI:** Oficio al Banco Estado. **TERCER OTROSI:** Notificación al mediador.

S.J.L de Familia de San Vicente de T.T

San Vicente de T.T, 16 de enero de 2018; Doña Carolina Andrea Reyes Catalán y Don Carlos Foncrischman Pavez Salazar, ambos por sí, y ante el Mediador Familiar Don Hugo Cesar Meza Domínguez, a US. Respetuosamente decimos:

I. Hechos

1. Como se acredita en la causa RIT C-410-2016 del Juzgado de Letras y Familia de San Vicente de T.T se fijó una pensión de alimentos en favor de sus hijas por un monto de \$ 103.000 mensuales, pensión no reajustada a la fecha.


Carolina Andrea Reyes Catalán
C.N.I. 13.949.053-3


Carlos Foncrischman Pavez Salazar
C.N.I. 11.891.674-3

I.- Acuerdos.

A.-Materia de Alimentos, aumentos

1. Don Carlos Foncrischman Pavez Salazar, se obliga a pagar por concepto de pensión de Alimentos, aumentos en favor de sus hijas; Camila Samaria Pavez Reyes y Sofía Carolina Pavez Reyes el equivalente al 59,78 % del ingreso mínimo remuneracional mensual, que en la actualidad alcanza el monto de \$165.000.- Mensuales.
2. El primer depósito será efectuado en el mes febrero de 2018, este depósito se realizará entre los días 05 y 10 de cada mes, en la Cuenta Ahorro a la Vista, del Banco Estado que el Juzgado de Letras y Familia de San Vicente de T.T. dispuso para estos efectos.
3. Las partes acuerdan que el reajuste de la pensión de alimentos se hará anualmente según aumento del ingreso mínimo remuneracional en julio de cada año.
4. Las partes también señalan que Don Carlos Foncrischman Pavez Salazar se hará cargo de todos los gastos asociados a escolaridad de su hija mayor; Camila Samaria Pavez Reyes.

B.- Relación Directa y Regular con el Niño.

1. Don Carlos Foncrischman Pavez Salazar, dispondrá de los siguientes días de visita para relacionarse con su hija: Sofía Carolina Pavez Reyes, relación que se llevara a cabo a partir del día 03 de febrero de 2018.
2. La niña; Sofía Carolina Pavez Reyes, siempre será retirada y reintegrada por su padre en el domicilio materno.
3. El padre retirará a su hija fines de semana por medio, retirándola el día sábado a las 12:00 horas para luego reintegrarla el día domingo a las 19:00 horas
4. Las partes señalan que cualquier cambio de fecha u horario que quieran modificar en forma especial, lo harán de mutuo acuerdo.
5. Atendida la edad de la adolescente la joven Camila Samaria Pavez Reyes tendrá un régimen abierto con su padre.

POR TANTO

ROGAMOS A US: Se sirva tener por presentado el acuerdo de mediación y aprobarlo conforme a derecho, en cada una de sus materias.

PRIMER OTROSI: Rogamos a US. Tener por acompañados los siguientes documentos:

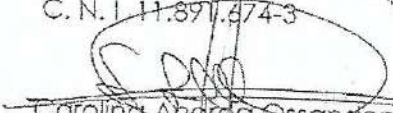
- Certificado de nacimiento de; Camila Samaria Pavez Reyes y Sofía Carolina Pavez Reyes
- Fotocopia simple del carnet de identidad de las partes.
- Copia de causa anterior

SEGUNDO OTROSI: Rogamos a US., se notifique a las partes y al Centro de Mediación Familiar Hugo César Meza Domínguez, Cedula de Identidad. 9.285.093-5; al correo electrónico encamina@mediacionchile.cl


Carolina Andrea Reyes Catalán
C.N.I. 13.949.053-3


Hugo Cesar Meza Domínguez
C.N.I. 9.285.093-5


Carlos Foncrischman Pavez Salazar
C. N. I. 11.891.674-3


Carolina Andrea Ossandon Villarreal
C.N.I. 15.557.637-5
Rut: 15.557.637-5
ABOGADO

San Vicente de Tagua Tagua, veintidós de enero de dos mil dieciocho.

A LO PRINCIPAL: Téngase por aprobada Acta de Mediación que da cuenta del acuerdo logrado entre las partes respecto a la materia de Alimentos aumento y relación directa y regular con el niño.

Se hace presente que el monto de alimentos acordado se reajustará en el mes de julio de cada año en relación al aumento que haya experimentado el sueldo mínimo.

AL PRIMER OTROSÍ: téngase por acompañados los documentos.

AL SEGUNDO OTROSÍ: como se pide, notifíquese a la mediadora vía correo electrónico y a las partes por el estado diario.

SE HACE PRESENTE que el presente acuerdo tiene **VALOR DE SENTENCIA** para todos los efectos legales, pudiendo exigirse su cumplimiento forzado.

Atendido lo resuelto y para efectos de cumplimiento se ordena remitir copia de la presente mediación a la causa Rit C-410-2016, de este Tribunal.

Anótese, regístrese y archívese en su oportunidad

Resuelto por doña **SOLANGE DIUANA EADE**, Juez Titular del Juzgado de Letras y Familia de San Vicente de Tagua Tagua.

En San Vicente de Tagua Tagua, a veintidós de enero de dos mil dieciocho, notifiqué por el estado diario la resolución que antecede. fgb/



Dr. Cristhian Carrasco C.
Rut: 8.760.081-5
Pediatra Bronco Pulmonar



CENTRO MÉDICO
STA. CATALINA
RENGO

NOMBRE: CRISTOBAL VASQUEZ REYES

EDAD: 2 AÑOS

PESO: 14 KG

RUT: 27059073-K

Rp. **IDX: LARINGOBRONQUITIS AGUDA LEVE** Fecha: _____

SALBUTAMOL (IDM 100mcg) FESEMA® BUTOTAL®

2 PUFF CADA 6 HORAS, POR 10 DIAS

PREDNISONA (JBE 20mg/5ml) BERSEN®.. CORTIPREX®

DAR 2,5ml, CADA 12 HORAS

DURANTE 5 DIAS

LEVO CETIRIZINA (JBE 2,5mg/5ml) NEOALERTOP®.. DEGRALER®

DAR 2,5ml, UNA VEZ DIARIA (A CUALQUIER HORA)

DURANTE UN MES

ASEO NASAL.. FISIOLIMP®.. RINOKIDS®

VARIAS VECES AL DIA

PREVIO COMIDAS Y SUEÑO

✓ PARACETAMOL (JBE 120mg/5ml) *

DARLE 5ml, CADA 6 HORAS

SOLO SI ES NECESARIO

✓ IBUPROFENO FORTE (JBE 200mg/5ml) *

DARLE 3ml, CADA 8 HORAS

SOLO SI ES NECESARIO

MULTIFLORA® (GOTAS)

DARLE 5 GOTAS, UNA VEZ AL DIA

DURANTE 2 MESES

RECOMENDACION

- REPOSO EN CASA
- DIETA HABITUAL (LIVIANA/FACIL DE DIGERIR)
- EVITAR ACTIVIDAD INTENSIVA
- EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS

DR. CRISTHIAN CARRASCO CAMILLA

11-11-2021 13:16:36

COMPROBANTE DE VENTA
TARJETA DE DEBITO

FARMACIA RENG
LORENA DEL ROCIO TUMBACO PISCO
URRIOLA 481 B
22.622.214-6
RENGO

597032573819-120.2A4

VALIDO COMO BOLETA

FECHA	HORA	TERMINAL
11/11/2021	16:34:01	V3G31041
FECHA CONTABLE		-00
NUMERO DE TARJETA	NUM DE CUENTA	C-DB
*****8267		
VISA DEBITO		A0000000031010
MONTO		\$31.690
TOTAL		\$31.690
NUMERO DE OPERACION:		000942
CODIGO DE AUTORIZACION:		413815
MONEDA:		PESO

GRACIAS POR SU COMPRA
COPIA CLIENTE

ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

Firma

COMPROBANTE DE VENTA
TARJETA DE DEBITO
SANTA CATALINA RENGÓ
CENTRO MEDICO SANTA CATALINA RENGÓ LIMIT
PARTINIARO URRIOLO 563 SN
76.176.141-2
RENGO
597030551559-120.2A4
VALIDO COMO BOLETA

FECHA 11/11/2021 HORA 12:45:51 TERMINAL A1947022
FECHA CONTABLE -00
NUMERO DE TARJETA NUM DE CUENTA C-DB
*****3575
VISA DEBITO A0000000031010
MONTO \$6.460
TOTAL \$6.460
NUMERO DE OPERACION: 002622
CODIGO DE AUTORIZACION: 604592
MONEDA: PESO

GRACIAS POR SU COMPRA
COPIA CLIENTE
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

**FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD**

N° 396033431

COPIA

11/2021 RUT AFILIADO : 13949053-3
059073-K NOMBRE SOCIAL : -
S BAHAMAS 160 NOMBRE REGISTRAL : CRISTOBAL ALONSO VASQUEZ REYES
GRUPO INGRESO : B
NRO PRESTAMO : 0

DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
CONSULTA DE MEDICINA GENERAL	N	0	1	12.410	5.950	0	6.460

TOTALES				12.410	5.950	0	6.460
MONTO A PAGAR							6.460

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76176141-2 CENTRO MEDICO SANTA CATALINA RENGÓ LIMIT Nivel : 3
MEDICO TRATANTE : 0-0 FECHA ATENCION : 11/11
MEDICO SOLICITANTE : 0-0



Miguel Maza Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

DR. CRISTOBAL VASQUEZ REYES
RUT 13949053-3
FONASA
Broncopulmonar

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 396165101

COPIA

FECHA EMISION	: 16/11/2021	RUT AFILIADO	: 13949053-3					
RUT BENEFICIARIO	: 27059073-K	NOMBRE SOCIAL	: -					
DIRECCION	: LAS BAHAMAS 160	NOMBRE REGISTRAL	: CRISTOBAL ALONSO VASQUEZ REYES					
EDAD BENEFICIARIO	: 1	GRUPO INGRESO	: B					
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0					
CODIGO	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR	VALOR	APORTE	VALOR
PRESTACION					TOTAL	BONIFICACION	SEG. COMP.	A PAGAR
0101309	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	N	0	1	15.790	9.470	0	6.320

TOTALES		15.790	9.470	0	6.320
MONTO A PAGAR	: 6.320				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 8530790-8 JORGE IGNACIO WILSON ALCALDE
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :

Nivel : 3
FECHA ATENCION : __/__/__



Marcelo Mosso Gómez
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



I. MUNICIPALIDAD DE RENGÓ
CESFAM URBANO
RENGO

I. MUNICIPALIDAD DE RENGÓ
DPTO. DE SALUD
CARNET SALUD IRA ERA



NOMBRE:

Camila Pavez Reyes

R.U.T.:

20.339.184-6.

TELÉFONO:

6853.5254

FECHA INGRESO:

02/02/18

ESTABLECIMIENTO:

CESFAM

Dr. Valencia

DIAGNOSTICA:

ASMA.

Cuide este carné que contiene su historia.
Llévelo cada vez que solicite atención en
Postas, Consultorios y Hospitales.

FECHA CITACION	HORA	PSICOLOGO	MEDICO	OTROS
20/04/21		Control	Kinnia	
PA 5	28/79	FC 5	81	50 + 100% PEF
Control		Medico	Julio	
17. Agosto - 2021		1930 hr		
Control		Dr. Gutierrez		
Call KTH		MOU 2021		



MUNICIPALIDAD DE RENGO
CESFAM RENO
RENGO



CARNÉ DEL ADULTO

SERVICIO DE SALUD :

Co'hiengins

COMUNA

: Rengo

ESTABLECIMIENTO :

CESFAM Rengo.

ECTOR

: Rengo.

Número de Ficha

R.U.T

20.339.184-6.

**Cuide este carné que contiene su historia.
Llévelo cada vez que solicite atención en
Postas, Consultorios y Hospitales**

14/04/18
Aerocavaria

Ges HQT.

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

FECHA DE ENTREGA	FECHA PROXIMA ENTREGA	OBSERVACIONES
03/09/18	23 de dias	19/10/18 (s/nb.)
02/02/18	02/3/18	19/02/19 20/03/19
20/3/18	//	19/03/19 19/04/19
04/04/18	x 30 dias	22/04/19 x 20 dias
	4/4/18	01/02/19 3/10/19
02/05/18	11/05/18	01/05/19 29/08/19
14/05-18	11.05.18	02-08-18 x 24 dias
11/6/18	//	ne
	Rec 6m	04/10/18 30/10/18
12/02/18	20/02/18	30-10-18 03-12-18.
20/02/18	20/08/18	03/12/19 02/01/20
20/08/18	13/09/18	3/11/20 30/01/20
21/09/18	19/10/18	31/01/20 02/03/20
29.10.18.	10.11.18.	02/03/20 x 30 dias
18/11/18	//	
14/12/18	//	20/08/20 (x 30m)
16/02/18	x 30 dias	19/05/20

Sighe HQT - ASD

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

FECHA DE ENTREGA	FECHA PROXIMA ENTREGA	OBSERVACIONES
20/7/20 22m //		
21/09/20 (3m) mas 11/20	16/11/20	
12/11/20 (3m) //		
16/02/21 18/03/21		
18/03/21	16/04/2021	
18/04/21	//	
18/05/2021	16/06/2021	
22/06/21	15/07/21	
18/12/21	13/08/21	
13/8/21	13/9/21	
13/9/21	13/10/2021	
13/10/21	12/11/21	
11/11/2021	10/12/2021	

Carta de solicitud de beneficio Programa de Residencia Universitaria

Identificación personal

Rut: 20.339.184-6
Nombre: Camila Samaria Pazos Reyes
Carrera/Facultad: Sociología / FACS
Región de origen: Libertador General Bernardo O'Higgins.

Situación familiar/personal que origina el requerimiento. (describe tu situación familiar, mencionando a integrantes de tu grupo, sus actividades e ingresos que se aportan al grupo, situación crítica que te lleva a solicitar apoyos para tu residencia en Santiago)

Familia monoparental compuesta por 4 integrantes, dos de ellos son menores de edad. Se presenta a una persona quien recibe ingresos, sin embargo, durante el transcurso del presente año no han sido pagadas sus licencias médicas. Por consiguiente, el principal ingreso durante el 2021 ha sido los ingresos familiares de Emergencia (IFE) junto a la pensión alimenticia.

Red de apoyo en distintas áreas, en tu región de origen y Santiago. (Menciona tu red de apoyo en Santiago en términos emocionales, académicos, económicos, entre otros relevantes para ti)

No hay apoyo económico en Santiago, al tener a todos mis familiares en región. No obstante si cuento con apoyo emocional por parte de mis compañeras de carrera. Si tengo apoyo económico por parte de mi madre y en menor medida de mi padre.

Plan de acción futuro, al obtener el beneficio y de no obtenerlo. (Menciona cual es el plan construido junto a tu grupo familiar para financiar tu estadía en Santiago, de obtener y no obtener algún beneficio, también considerando que este tiene una duración máxima de 2 años, en este escenario señala cómo resolverás tu estadía para finalizar tu carrera)

Mi plan de acción a futuro sería viajar diariamente a la universidad, siendo un viaje de aproximadamente 2 hrs y media en bus o tren.

(Camila)

17/11/2021

CÉDULA DE
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION



APELLIDOS
PAVEZ
REYES

NOMBRES
CAMILA SAMARIA

NACIONALIDAD
CHILENA

SEXO
F

FECHA DE NACIMIENTO
18 OCT 2000

NÚMERO DOCUMENTO
108.950.453

FECHA DE EMISIÓN
20 JUN 2016

FECHA DE VENCIMIENTO
18 OCT 2021

FIRMA DEL TITULAR



RUN 20.339.184-6

Camila Pavez Reyes



0102V-D-8H

INCHL1089504539G32<<<<<<<<<<
0010182F2110189CHL20339184<6<5
PAVEZ<REYES<<CAMILA<SAMARIA<<



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **CAMILA SAMARIA PAVEZ REYES**, RUN **20339184-6**, 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: 15/11/2021
Código de Verificación: 456049515

CÉDULA DE
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS

REYES
CATALÁN

NOMBRES

CAROLINA ANDREA

NACIONALIDAD

SEXO

CHILENA

F

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DOCUMENTO

16 DIC 1980

525.536.454

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

15 OCT 2021

16 DIC 2030

FIRMA DEL TITULAR



RUN 13.949.053-3

Carolina Reyes

R



CÉDULA DE
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS

VÁSQUEZ
REYES

NOMBRES

CRISTÓBAL ALONSO

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

M

FECHA DE NACIMIENTO

24 OCT 2019

NÚMERO DOCUMENTO

525.373.142

FECHA DE EMISIÓN

29 SEPT 2021

FECHA DE VENCIMIENTO

24 OCT 2026

FIRMA DEL TITULAR

No firma

RUN 27.059.073-K

27.059.073-K





APELLIDOS

PAVEZ
REYES

NOMBRES

SOFÍA CAROLINA

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

20 DIC 2007

NÚMERO DOCUMENTO

110.238.945

22.583.493-8

FECHA DE EMISIÓN

21 NOV 2016

FECHA DE VENCIMIENTO

20 DIC 2021

FIRMA DEL TITULAR

Sofía Pavez



RUN 22.583.493-8



110F7-5H

INCHL1102389451G32<<<<<<<<<<
0712202F2112208CHL22583493<8<9
PAVEZ<REYES<<SOFIA<CAROLINA<<<



CERTIFICADO

Giselle Castellón Díaz, Médico del Centro de Salud Familiar Dr. Rienzi Valencia González, certifica que **Camila Samaria Pavez Reyes**, RUN 20.339.184-6, 18 años, domiciliada en Las Américas 2, Pasaje las Bahamas N° 170, comuna de Rengo, es usuaria del CESFAM Dr. Rienzi Valencia González., Código Familiar RJ006452. Según consta ficha clínica, presenta el siguiente Diagnóstico Médico:

- Asma Bronquial.
- Hipotiroidismo Crónico.

Se extiende el presente documento a petición de usuaria para ser presentado en Universidad de Chile.

Es todo cuanto puedo informar.

Dra. Giselle Castellón Díaz
Médico General
Rut: 25.499.035-3

GISELLE CASTELLÓN DÍAZ
MEDICO CIRUJANO
CESFAM DR. RIENZI VALENCIA G.

TERESA CÁCERES BECERRA
DIRECTORA
CESFAM DR. RIENZI VALENCIA G.

Rengo, Marzo 13 de 2019.

CERTIFICADO COTIZACIONES

Folio N° : 7F7255E76C9592A60B

15 de noviembre de 2021

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : CAMILA SAMARIA PAVEZ REYES R.U.T.: 20.339.184-6 DOMICILIO: Pje Las Bahamas N°170 Villa Las Americas, Rengo, Rengo, Sexta Region registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 11/2019 y 11/2021.

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
03-2020	COTIZACION NORMAL	09/04/2020	14.957	0,39	38.631,18	76.924.218-K	B
02-2020	COTIZACION NORMAL	10/03/2020	33.479	0,81	41.336,91	76.907.021-4	B
02-2020	COTIZACION NORMAL	11/03/2020	1.254	0,03	41.523,16	76.302.952-2	B
01-2020	COTIZACION NORMAL	13/02/2020	16.926	0,38	44.675,09	76.012.885-6	B
01-2020	COTIZACION NORMAL	13/02/2020	15.938	0,36	44.675,09	76.907.021-4	B
12-2019	COTIZACION NORMAL	13/01/2020	56.431	1,27	44.439,29	76.012.885-6	B

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada, para los fines que estime conveniente, excluyendo su presentación en tribunales para formular un reclamo de cobranza de cotizaciones previsionales, Ley 20.023.



FONDO A	FONDO B	FONDO C	FONDO D	FONDO E
MAS RIESGOSO	RIESGOSO	INTERMEDIO	CONSERVADOR	MAS CONSERVADOR

AFP Modelo
Servicio al Cliente

Este certificado tiene una validez de 35 días a contar de la fecha de emisión y puede comprobar su validez ingresando a www.afpmodelo.cl, opción "Herramientas - Validar Certificados", ingresando Rut y número Folio de Certificación".

CERTIFICADO DE COTIZACIONES

AFP PlanVital S.A., certifica que a la fecha, **CAROLINA ANDREA REYES CATALAN**, R.U.T.: **13.949.053-3**

Domicilio: PSJE. SOROBARRIGA 759 POBL. CLAUDIO ARRAU, RENGO, RENGO, SEXTA REGION

Registra en su **CUENTA OBLIGATORIA** las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 11/2020 y 11/2021

Periodo	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
10/2021	COTIZACION NORMAL	10-11-2021	100	0,00	49.710,91	77.476.390-2	B
09/2021	COTIZACION NORMAL	08-10-2021	10.471	0,21	49.215,03	77.476.390-2	B
08/2021	COTIZACION NORMAL	10-09-2021	90	0,00	49.715,61	77.476.390-2	B
07/2021	COTIZACION NORMAL	06-08-2021	90	0,00	48.921,08	77.476.390-2	B
06/2021	COTIZACION NORMAL	08-07-2021	90	0,00	47.712,68	77.476.390-2	B
05/2021	COTIZACION NORMAL	07-06-2021	90	0,00	47.108,19	77.476.390-2	B
04/2021	COTIZACION NORMAL	07-05-2021	440	0,01	46.562,79	77.476.390-2	B
03/2021	COTIZACION NORMAL	08-04-2021	90	0,00	46.955,09	77.476.390-2	B
02/2021	COTIZACION NORMAL	12-03-2021	6.190	0,13	47.108,21	77.476.390-2	B
01/2021	COTIZACION NORMAL	09-02-2021	14.259	0,29	48.411,85	77.476.390-2	B
01/2021	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	10-02-2021	79.266	1,64	48.478,94	81.826.800-9	B
12/2020	COTIZACION NORMAL	07-01-2021	14.392	0,31	46.124,95	77.476.390-2	B
12/2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	08-01-2021	32.556	0,71	46.124,95	81.826.800-9	B
11/2020	COTIZACION NORMAL	11-12-2020	90	0,00	44.693,40	77.476.390-2	B
11/2020	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	09-12-2020	32.556	0,72	45.248,75	81.826.800-9	B

Se extiende el presente Certificado a petición de la persona interesada, para los fines que estime conveniente, excluyendo su presentación en Tribunales para formular un Reclamo de Cobranza de Cotizaciones Previsionales, Ley 20.023.

Fondo A	Fondo B	Fondo C	Fondo D	Fondo E
Más Riesgoso	Riesgoso	Intermedio	Conservador	Más Conservador

Este Certificado tiene una validez de 30 días a contar desde su fecha de emisión. La persona a la cual sea entregado, puede comprobar su validez ingresando a www.planvital.cl, sección Servicio al Cliente y opción "Validador de Certificados".



Certificado de Subsidio de Incapacidad Laboral

La Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Andes certifica que don[a] **CAROLINA ANDREA REYES CATALAN** , RUT: **13.949.053-3** , le fueron cancelados por esta institución, los Subsidios por Incapacidad Laboral, cuyas rentas y períodos son los que a continuación se indican.

Desde	Hasta	N° Días	Total Imponible	Monto Cotización	Cotización Salud	Subsidio Líquido	Institución Previsional	Seguro Cesantía
09-05-2020	07-06-2020	30	\$ 320.500	\$ 35.768	\$ 22.435	\$ 678.668	Planvital	\$ 1.923
14-03-2019	28-03-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.250	Planvital	\$ 1.984
29-03-2019	12-04-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.250	Planvital	\$ 1.984
13-04-2019	27-04-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
13-05-2019	27-05-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines que estime conveniente y sin ulterior responsabilidad para esta Caja de Compensación.

Los aportes correspondientes a los periodos antes señalados fueron enterados en la Institución Previsional que se indica.

28-05-2019	11-06-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
12-06-2019	26-06-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
27-06-2019	11-07-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
12-07-2019	26-07-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.250	Planvital	\$ 1.984
27-07-2019	10-08-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
11-08-2019	25-08-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
26-08-2019	09-09-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
10-09-2019	24-09-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
25-09-2019	30-09-2019	6	\$ 133.043	\$ 14.847	\$ 9.313	\$ 133.828	Planvital	\$ 793
01-10-2019	31-10-2019	31	\$ 687.357	\$ 76.708	\$ 48.115	\$ 691.442	Planvital	\$ 4.099
01-11-2019	05-11-2019	5	\$ 110.857	\$ 12.372	\$ 7.760	\$ 111.523	Planvital	\$ 661

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines que estime conveniente y sin ulterior responsabilidad para esta Caja de Compensación.

Los aportes correspondientes a los periodos antes señalados fueron enterados en la Institución Previsional que se indica.



09-04-2020	08-05-2020	30	\$ 320.500	\$ 35.768	\$ 22.435	\$ 678.668	Planvital	\$ 1.923
11-08-2020	31-08-2020	21	\$ 297.243	\$ 33.173	\$ 20.807	\$ 362.677	Planvital	\$ 1.783
01-09-2020	21-09-2020	21	\$ 297.243	\$ 33.173	\$ 20.807	\$ 362.677	Planvital	\$ 1.783
22-09-2020	12-10-2020	21	\$ 297.243	\$ 33.173	\$ 20.807	\$ 362.677	Planvital	\$ 1.783
13-10-2020	24-10-2020	12	\$ 169.857	\$ 18.956	\$ 11.890	\$ 207.244	Planvital	\$ 1.019
25-10-2020	16-11-2020	23	\$ 325.557	\$ 36.332	\$ 22.789	\$ 397.217	Planvital	\$ 1.953
17-11-2020	09-12-2020	23	\$ 325.557	\$ 36.332	\$ 22.789	\$ 397.217	Planvital	\$ 1.953
10-12-2020	06-01-2021	28	\$ 396.329	\$ 44.230	\$ 27.743	\$ 483.568	Planvital	\$ 2.378
07-01-2021	03-02-2021	28	\$ 396.329	\$ 44.230	\$ 27.743	\$ 483.568	Planvital	\$ 2.378
28-04-2019	12-05-2019	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 327.252	Planvital	\$ 1.984
06-11-2019	30-11-2019	25	\$ 554.314	\$ 61.862	\$ 38.802	\$ 557.614	Planvital	\$ 3.306

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines que estime conveniente y sin ulterior responsabilidad para esta Caja de Compensación.

Los aportes correspondientes a los periodos antes señalados fueron enterados en la Institución Previsional que se indica.



01-12-2019	31-12-2019	31	\$ 687.357	\$ 76.708	\$ 48.115	\$ 691.442	Planvital	\$ 4.099
01-01-2020	15-01-2020	15	\$ 332.586	\$ 37.117	\$ 23.281	\$ 334.568	Planvital	\$ 1.984
27-02-2020	29-02-2020	3	\$ 66.514	\$ 7.424	\$ 4.656	\$ 66.913	Planvital	\$ 397
01-03-2020	31-03-2020	31	\$ 687.357	\$ 76.708	\$ 48.115	\$ 691.442	Planvital	\$ 4.099
01-04-2020	08-04-2020	8	\$ 177.386	\$ 19.796	\$ 12.417	\$ 178.436	Planvital	\$ 1.058
16-01-2020	31-01-2020	16	\$ 354.757	\$ 39.591	\$ 24.833	\$ 356.873	Planvital	\$ 2.116
01-02-2020	26-02-2020	26	\$ 576.486	\$ 64.336	\$ 40.354	\$ 579.919	Planvital	\$ 3.438
08-06-2020	29-06-2020	22	\$ 311.400	\$ 34.752	\$ 21.798	\$ 379.947	Planvital	\$ 1.868
30-06-2020	20-07-2020	21	\$ 297.243	\$ 33.173	\$ 20.807	\$ 362.677	Planvital	\$ 1.783
21-07-2020	10-08-2020	21	\$ 297.243	\$ 33.173	\$ 20.807	\$ 362.677	Planvital	\$ 1.783

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines que estime conveniente y sin ulterior responsabilidad para esta Caja de Compensación.

Los aportes correspondientes a los periodos antes señalados fueron enterados en la Institución Previsional que se indica.





CERTIFICADO DE MATRIMONIO

Uso exclusivo para ASIGNACION FAMILIAR

Circunscripción : SAN VICENTE DE TAGUA TAGUA
Nro. inscripción : 198 Registro : Año : 1999
Nombre del Marido : CARLOS FONCRISCHMAN PAVEZ SALAZAR

R.U.N. : 11.891.674-3
Fecha nacimiento : 26 Marzo 1971
Nombre de la Mujer: CAROLINA ANDREA REYES CATALÁN

R.U.N. : 13.949.053-3
Fecha nacimiento : 16 Diciembre 1980
FECHA CELEBRACIÓN : 17 Diciembre 1999 A LAS 10:35 HORAS.
DIVORCIO

POR SENTENCIA DEL JUZGADO DE FAMILIA SAN
VICENTE DE FECHA 31-08-2020 CAUSA ROL
C-265-2020 SE HA DECLARADO EL DIVORCIO
DEL MATRIMONIO DE LOS TITULARES DE LA
PRESENTE INSCRIPCION. REQUIRENTE:
JUZGADO DE FAMILIA RENGO. RUN: -?
FECHA SUBINSCRIPCION: 14 Septiembre 2020

FECHA EMISIÓN: 18 Noviembre 2021, 20:30.

Certificado Gratuito

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



Timbre electrónico SRCel



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



CERTIFICADO

DENIS ALEXANDER INTRIAGO BRAVO, Médico del Centro de Salud Familiar Urbano de Rengo, certifica que **CAROLINA ANDREA REYES CATALAN**, RUN **13.949.653-4**, 40 AÑOS, presenta los siguientes DIAGNOSTICOS:

- HERNIA DISCAL LUMBAR
- ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA
- DISCOPATIA DEGENERATIVA L5-S1

Actualmente cumple con terapias de rehabilitación motora, 3 sesión con leve mejoría del lumbago, en espera de hora con neurocirujano programada para el mes de junio 2021, por lo que se mantiene indicación de reposo absoluto, eventual alta tendrá que ser evaluada por medico especialista

Se extiende el presente documento a petición de paciente para ser presentada en el Compín



Dr. Denis Intriago B.
MÉDICO GENERAL
RUT 24.051.070-7



DENIS INTRIAGO
MÉDICO GENERAL
CESFAM URBANO ORIENTE RENGÓ

Rengo, 26-04-2021

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD O'HIGGINS
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA
CR. QUIRURGICO
LISTA ESPERA INTERVENCIONES QUIRURGICAS NO GES

COMPROBANTE DE HOSPITALIZACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

NOMBRE PACIENTE Carolina Reyes Catalan

RUT

13849053 3

URGENCIA DE HOSPITALIZACIÓN:

☐ ANTES DE 5 DÍAS

☐ ANTES DE 30 DIAS

☒ LISTA ESPERA NO GES

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Lumbago Facetario.

FECHA SOLICITUD: 25/11/2021.

FECHA ENTREGA : 25/11/2021

HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA
LISTA ESPERA QUIRURGICA
NO GES

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO DE HOSPITALIZACIÓN.

Comprobante de postulación a beneficios

Estimado/a Camila, RUT 20.339.184-6

¡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

martes 02 de noviembre de 2021 a las 17:15:31

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)

Comprobante de postulación a beneficios

Estimado/a Camila, RUT 20.339.184-6

¡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

martes 02 de noviembre de 2021 a las 17:15:31

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)

**CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE AL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN
DESDE Hospital Regional de Rancagua****Datos Paciente**

RUN: 13949053-3

Nombre: CAROLINA ANDREA REYES CATALÁN

Edad: 040A 11m 09d

Establecimiento Origen: CESFAM Oriente Rengo

Ficha: 811705

Datos Prestador

RUN: 15383434-2

Nombre: JUAN VASQUEZ PEDRAZA

Especialidad: Neurocirugía Adulto

Establecimiento: Hospital Regional de Rancagua

Acción a seguir

Control y Tratamiento en Origen

Contrarreferencia

Diagnóstico Clínico: M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO(25/11/2021) Confirmado

Tratamiento Realizado: Se indica bloqueo facetario como parte de tratamiento integral

Indicaciones y Control: Kinesioterapia

Baja de peso

Bloqueo facetario

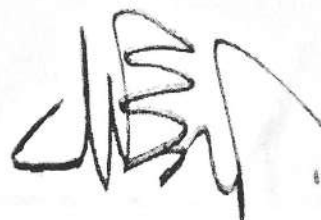
*Observaciones: Paciente acude a control con EMG informada como normal, se indica bloqueo facetario y mantención de terapias kinesicas.**Favor evaluar permanencia de reposo laboral**Prescripción Médica:*

Dr. Juan Enrique Vásquez Pedraza

NEUROCIRUGÍA

RUT: 15.383.434 -2

R.C.M. 26.331 -1

**JUAN VASQUEZ PEDRAZA****15383434-2**

CONTRATO DE TRABAJO

En Rengo, 01 de Noviembre de 2020, entre PROCESADORA DE ALIMENTOS DEL SUR LTDA., R.U.T. 77.476.290-2, del giro de su denominación, representada por don(ña) CLAUDIO ALEJANDRO LIRA CARVAJAL, Subgerente de Personas, ambos con domicilio en Ruta H-50, Km 0,2 camino a Quinta de Tilcoco, comuna de Rengo, en adelante también denominada la "Empresa", por una parte y por la otra, don (ña): **CAROLINA ANDREA REYES CATALAN**, R.U.N. **13.949.053-3**, de nacionalidad **chilena**, de fecha de nacimiento 16 de Diciembre de 1980, de estado civil Casad, con domicilio en las america 2 psje las bahamas 170, comuna RENGÓ, en adelante el (la) "Trabajador (a)", se ha convenido lo siguiente: De conformidad a lo que establece el Artículo 11 del Código del Trabajo, la "Empresa" y el (la) Trabajador (a), de común acuerdo, vienen a actualizar el Contrato de Trabajo y sus anexos vigentes, en los siguientes términos:

PRIMERO

Las partes señalan que el (la) "Trabajador (a)" desempeña el cargo de **OPERARIO PRODUCCION U3**, en el establecimiento de la "Empresa" Ruta H-50, Km 0,2 camino a Quinta de Tilcoco, comuna de Rengo.

SEGUNDO

El sueldo base bruto mensual del (la) "Trabajador (a)", asciende a la suma de \$ **446.805.-** El que se pagará por mensualidades vencidas, el día 03 de cada mes. En caso de que la fecha de pago coincida con sábado, domingo o festivo, el pago se efectuará el día hábil inmediatamente anterior.

TERCERO

El trabajador autoriza, que toda la documentación que emane de su relación laboral con la "Empresa"; sea generada, firmada, almacenada y/o, en general, procesada mediante sistemas electrónicos. Esta información le será remitida de manera electrónica a la casilla de correo electrónico particular indicada a continuación; **SOFICAMI11@HOTMAIL.COM** o en su defecto se le entregará una copia impresa en papel.

CUARTO

Por el presente acto, el trabajador autoriza expresamente a la Empresa a utilizar, en su papelería interna, documentos, páginas web, intranet, revistas, reporte integrado, videos, redes sociales internas o redes sociales de público acceso, paneles y muros exteriores, afiches y/o medios de difusión en general, la imagen y/o el nombre del trabajador, sea en fotografías, afiches y/o videos en general, lo anterior con fines promocionales o de comunicación de la empresa, y/o bien para ferias, eventos, congresos o actividades de esa naturaleza, sea que tales actividades las desarrolle la misma empresa o un tercero contratado a ese efecto.

La autorización en cuestión se otorga de manera gratuita y no tendrá derecho el trabajador a compensación o pago de ningún tipo, entendiendo el trabajador que la empresa la utilizará únicamente en comunicaciones de la empresa y en las posibles emisiones de televisión no comerciales, sin limitación de territorio o medio.

Este consentimiento aplicará sin limitación de contexto en cuanto a contenido, espacio o tiempo, y particularmente para el período posterior a la terminación de la relación laboral entre las partes.

QUINTO

Conforme a la ley 20.393, que establece y regula la responsabilidad penal de las personas jurídicas en casos de delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo, cohecho o soborno a funcionario público, nacional y extranjero, receptación, negociación incompatible, corrupción entre particulares, apropiación indebida, administración desleal, contaminación de aguas, pesca ilegal y producción, comercialización y almacenamiento de recursos o productos hidrobiológicos vedados,

colapsados o sobreexplotados, la "Empresa" podrá ser penalmente responsables de los delitos antes señalados, cuando son cometidos directa e inmediatamente en su interés o para su provecho, por sus trabajadores y dependientes dentro del ámbito de sus funciones, siempre que la comisión del delito fuere consecuencia del incumplimiento de los deberes de dirección y supervisión de la Compañía.

En cumplimiento de sus deberes de dirección y supervisión, la "Empresa" ha implementado un conjunto de medidas con el objeto de prevenir la comisión de los indicados delitos, las que se contienen en su Modelo de Prevención de Delitos (Ley N° 20.393), en adelante MPD, siendo de su mayor interés que las medidas establecidas en las mismas y en lo que a la conducta laboral de sus trabajadores se refiere, sean cumplidas por cada uno de ellos.

La "Empresa" en cumplimiento a lo establecido en el artículo 4° N° 3 letra a), b) y c) de la Ley N° 20.393, ha designado un Encargado de Prevención de Delitos. Forma parte del Modelo la Política de Prevención de Delitos, el Código de Conducta en los Negocios, el Procedimiento de Prevención de Delitos, el Procedimiento de Denuncias, un capítulo dentro del Reglamento Interno de Higiene y Seguridad, y demás normativa que la "Empresa" establezca al respecto y sea aplicada por el Encargado de Prevención de Delitos; documentos que el trabajador declara tener conocimiento y los cuales además se encuentran a disposición en la biblioteca virtual (<https://www.mimundosuper.cl>) y que, a su vez, podrán ser solicitadas a las unidades de personas en forma impresa. Como consecuencia de la evaluación de los procesos de la "Empresa" respecto de la ley 20.393, se ha establecido actividades de control complementarias a las existentes con el fin de mitigar los riesgos que pudieran derivar de los procesos administrativos y propios de la actividad de negocio de la "Empresa", asimismo se ha asignado un presupuesto para su cumplimiento, el cual es periódicamente controlado.

El (la) "Trabajador (a)" por su parte, declara en este acto haber recibido información sobre el MPD establecido en la "Empresa", el que se compromete a acatar en todas sus partes, constituyendo ésta una obligación esencial de su contrato de trabajo.

Promover y favorecer permanentemente una conducta ética, conforme a los principios y valores de la "Empresa" ha sido una labor permanente de **PROCESADORA DE ALIMENTOS DEL SUR LTDA.** Nuestra cultura de prevención de riesgos y preservación de los estándares empresariales de excelencia y buenas prácticas hace necesario que todos los trabajadores acaten las siguientes normas y principios, las que tendrán el carácter de esenciales y obligatorias.

OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES DE LOS TRABAJADORES

a) Todo "Trabajador (a)" es responsable individualmente de sus acciones y se compromete a actuar en respeto de los principios y valores de la "Empresa". Asimismo, se compromete a conocer y cumplir íntegramente con el Código de Conducta en los Negocios dispuesto por la "Empresa" y con el Procedimiento de Prevención de Delitos en aquello que le concierne.

En toda operación, ya se trate de celebración de contratos, adquisiciones, servicios, proveedores, asuntos públicos, privados u otros que supongan el uso de recursos de la "Empresa", el (la) "Trabajador (a)" deberá actuar con profesionalismo, honestidad, veracidad, transparencia y eficiencia, favoreciendo siempre el beneficio de ella por sobre toda preferencia o contacto personal.

b) Será obligación del (de la) "Trabajador (a)" conocer y cumplir fielmente el MPD dispuesto por la "Empresa", el que declara ser de su conocimiento. Asimismo, será obligación cumplir plenamente con las normas y controles que disponga la "Empresa" para los fines antes indicados y que tiene por objeto prevenir, evitar y detectar la comisión de los ilícitos contemplados en la Ley N° 20.393. Será obligación del (de la) "Trabajador (a)" conocer, respetar y hacer respetar los principios y valores éticos que informa la "Empresa" y las leyes de la República.

c) Se prohíbe al "Trabajador (a)" incurrir en conductas contrarias al MPD, dado a conocer por la "Empresa" a cada uno de los trabajadores a través de los mecanismos comunicacionales utilizados por ella.

DEL PROCEDIMIENTO DE DENUNCIA Y LAS SANCIONES

d) El procedimiento de denuncia que la "Empresa" aplicará en caso de existir un incumplimiento al MPD por cualquier "Trabajador (a)" de la "Empresa", será aquel descrito en el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, procedimiento que la "Empresa" ha incorporado en cumplimiento al mandato establecido en la Ley N° 20.393. Las normas que se contienen en el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, en lo referente al procedimiento de denuncia, en caso de incumplimiento del MPD, presentan un carácter preventivo y educativo, y bajo ninguna circunstancia tendrán el carácter de prepolicial, investigador o represivo frente a presuntos hechos ilícitos cometidos dentro o fuera de la "Empresa".

e) La "Empresa" se obliga a respetar los derechos fundamentales de los trabajadores en el procedimiento de denuncia e investigación de las personas que incumplan el MPD.

f) Del procedimiento de investigación, derivado de una denuncia, puede resultar la aplicación de alguna de las siguientes sanciones, atendida la gravedad de los hechos:

- o Amonestación verbal al Trabajador/a.
- o Amonestación escrita al Trabajador/a, con copia en la Carpeta Personal.
- o Multa del 25% de la remuneración diaria del Trabajador/a.

Lo anterior es sin perjuicio de que la "Empresa" pudiera, atendida la gravedad de los hechos, poner término al contrato de trabajo invocando causa legal.

SEXTO

Cláusula de Protección de Datos Personales

Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y protección de datos de carácter personal, el trabajador autoriza expresamente al empleador a recopilar, tratar, almacenar y en general a realizar el debido tratamiento de sus datos personales, datos personales de identificación (nombre, apellidos, RUT, domicilio, teléfonos, e-mail), previsionales, de cargas familiares, de salud, biométricos, de geolocalización, datos académicos, profesionales, de licencias médicas, bancarios y otros, necesarios para la ejecución, y cumplimiento del contrato de trabajo, como, asimismo, para el otorgamiento de beneficios o prestaciones laborales y/o de seguridad social y/o de bienestar destinados a mejorar las políticas y procesos de la empresa empleadora, incluyendo la realización de auditorías internas, capacitaciones, programas de salud y seguridad ocupacional.

El trabajador declara que los datos que entrega al empleador son propios, exactos y veraces, que no ha suplantado la identidad de otros y/o que no son datos de terceros. Con relación a ello, el empleador no controla ni revisa la licitud de la información que le facilitan sus colaboradores, y, en consecuencia, no es responsable de cualquier infracción derivada de la ilicitud, inexactitud, ilegitimidad, alteración, mal uso, fraude o sanción derivado de la información que el trabajador entrega. Asimismo, el trabajador se compromete a actualizar su información toda vez que sea necesario.

Para el tratamiento de los datos antes señalados, el trabajador autoriza al empleador, quien podrá enviar a los trabajadores información relacionada con materias propias de: la relación laboral tales como jornada laboral-turnos, operación del negocio de la empresa empleadora, políticas de empresa, evaluaciones de desempeño; resultados de auditorías, beneficios y demás temas relacionados con el área de Gestión social; noticias de los servicios, de los colaboradores y de la empresa; información relacionada con sus logros profesionales y académicos; nacimientos de hijos, fecha de cumpleaños, y otros hechos que incidan en su relación laboral, tales como: ausencias, licencias, vacaciones; a través de diferentes medios, sean o no electrónicos, pudiendo ser correos electrónicos, mensajes de textos a celulares (SMS), correo postal, publicaciones en aplicaciones u otros canales de comunicación, como JAM (Red Social Interna dispuesta por el empleador).

Asimismo, el empleador podrá realizar a sus trabajadores encuestas, ya sea en forma electrónica o física y las respuestas manifestadas por el encuestado-trabajador serán tratadas en forma agregada y en lo posible en forma anónima, en su calidad de responsable del tratamiento y/o por terceros designado por éste para el análisis de las respuestas, con el objeto de establecer mejoras en los productos y servicios ofrecidos por el empleador, en procesos, políticas, en el ámbito laboral de la empresa, así como de ambientes laborales, brechas y análisis salariales por puestos de trabajos, entre otras.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, el empleador podrá ceder los datos personales de los trabajadores, en aquellos casos que la legitimidad de dicha cesión emane de una obligación legal; para el cumplimiento de un beneficio consentido por el trabajador; para el cumplimiento de las obligaciones laborales, y/o para la consecución del giro del empleador con el objeto de proveer en forma oportuna y eficiente información y beneficios consentidos por el trabajador. En tal sentido, la presente autorización se extiende asimismo a toda información personal que la empresa pueda disponer y entregar a terceros para que éstos, por encargo del empleador, puedan efectuar los controles de reposo médico que lleguen a ser requeridos en el marco de la normativa vigente.

El empleador se compromete conforme a la normativa vigente, a mantener adecuados niveles de seguridad de protección de los datos personales de sus trabajadores, y a establecer los medios técnicos posibles y razonables para evitar la pérdida, mal uso, alteración y acceso no autorizado de dichos datos. No obstante, es sabido que las medidas de seguridad no son invulnerables, por ello, el empleador se compromete a cumplir con el deber de resguardo, secreto y confidencialidad respecto de los datos personales de sus trabajadores, durante la relación laboral, así como a garantizar dentro de lo posible y razonable, un tratamiento seguro en las cesiones que, en su caso, puedan producirse.

El empleador, conservará los datos personales del trabajador durante toda la vigencia de la relación laboral, y una vez concluida esta, en forma indefinida, aquellos que digan relación con el cumplimiento de las obligaciones laborales. Salvo excepciones previstas en la legislación vigente que requiera una conservación por un plazo distinto.

Los colaboradores podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, contactando a la Gerencia de personas, a través de su Jefe de Servicio personas.

SÉPTIMO

El Trabajador se obliga a mantener estricta reserva y confidencialidad sobre toda información relativa a los datos personales de los postulantes, trabajadores o ex -trabajadores de la Empresa, así como de remuneraciones, compensaciones, beneficios, negociaciones colectivas, acuerdos con trabajadores de forma individual o colectiva, así como, documentación e información relativa a la estructura financiera, comercial, contable, estrategias de mercado, patentes, invenciones, proyectos, costos, precios, sistemas productivos, procesos, activos y pasivos, como de cualquier otra materia de la que tome conocimiento en la Empresa o fuera de esta, en relación a ella, y que esté vinculada, directa o indirectamente con el desempeño de sus labores, que tenga expresa o implícitamente el carácter de reservado, confidencial y/o sensible, no pudiendo divulgar detalles de las mismas, o bien comentar profesional o socialmente algún elemento o indicio referido a su análisis, desarrollo o evaluación, menos aún si esta información es utilizada en su propio beneficio, o de su familia y/o en perjuicio de la Empresa.

El trabajador entiende, reconoce y declara que la Información Confidencial, en los términos señalados en el artículo anterior o bajo este título o del Reglamento Interno, tendrá ese carácter y es de propiedad del empleador, por lo que queda estrictamente prohibido aprovecharla y/o divulgarla, publicarla, revelarla, comentarla o, en general, traspasar o difundir de cualquier forma, total o parcialmente, por sí o a través de terceros.

En caso de que un órgano administrativo o judicial con autoridad competente requiera al trabajador datos, antecedentes o alguna información de carácter confidencial descrita en este anexo, este deberá informar a su Jefe de servicio de personas, dentro del mismo día en que reciba el requerimiento, o a más tardar al día siguiente hábil, de manera tal que la empresa pueda tomar las medidas que estime necesarias para velar por la protección de dicha información.

La difusión o comunicación de dicha información (aislada o reiteradamente y cometida por el trabajador) constituirá un grave incumplimiento a las obligaciones que impone el contrato de trabajo, según las funciones que cumpla y la información que comunique o divulgue.

Esta obligación se mantendrá indefinidamente, aún después de terminado el Contrato de

Trabajo o por todo el tiempo que sea legalmente admisible.

En caso de duda acerca de la condición o cualidad de "confidencial" que a alguna información pueda afectarle y más allá de lo señalado en el párrafo anterior, "Información Confidencial" será interpretado extensivamente atendida la señalada naturaleza crítica, relevante, esencial y en la mayor parte de los casos secreta de aquella, desde la óptica y utilidad que ella tenga para la empresa o para alguno de sus clientes. En caso de duda, el trabajador administrará la información recibida como Confidencial.

Al término del contrato de trabajo, junto a la devolución de los bienes que le hayan sido proporcionados por la Empresa para la realización de sus labores, el trabajador deberá devolver inmediatamente toda Información Confidencial, incluyendo los papeles, documentos, escritos, información almacenada electrónicamente (teléfono, computador y otros medios de almacenamiento), y todas las copias de los mismos, suministrada o proporcionada a éstos o creadas por ellos durante la vigencia del Contrato.

La Información Confidencial antes referida tiene la calidad de secreto industrial del empleador para los efectos de lo dispuesto en el artículo 284 del Código Penal de la República de Chile.

OCTAVO

Se deja constancia que el trabajador ingresó a prestar servicios a la empresa, con fecha 22-05-2017

Las demás consideraciones pactadas en el Contrato de Trabajo y/o en los Anexos posteriores, cuya materia no haya sido mencionada en el presente documento, se mantienen inalterables y plenamente vigentes.

El presente documento es firmado en dos ejemplares de igual tenor, valor y fecha, quedando uno de ellos en poder de la "Empresa" y el restante en poder de (la) "Trabajador (a)", quien declara recibirlo y aceptarlo a su entera satisfacción.

CAROLINA ANDREA REYES CATALAN
R.U.T:13.949.053-3

PROCEDADORA ALIMENTOS DEL SUR LTDA.
R.U.T:77.476.390-2



Código: 1605932139260 validar en <https://www.esigner.cl/EsignerValidar/verificar.jsp>





Carmen Gloria Neira <carmen.neira@uchile.cl>

Programa de Residencia Universitaria (Archivos adjuntos postulación FOCES)

1 mensaje

Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: carmen.neira@uchile.cl

22 de diciembre de 2021, 14:44

Google

Gracias por rellenar [Programa de Residencia Universitaria \(Archivos adjuntos postulación FOCES\)](#)

Esto es lo que se recibió.

Programa de Residencia Universitaria (Archivos adjuntos postulación FOCES)

Periodo 2022

Este formulario contiene la documentación de respaldo solicitada para el “Proceso regular de renovación o postulación” al Programa de Residencia Universitaria, que consiste en la asignación de cupos en Residencias Universitarias o Becas de Residencia interna (Subvención en dinero).

Primer año:

- Vía de ingreso especial SIPEE y PACE

Curso superior:

- Renovantes
- Postulantes

Correo *

carmen.neira@uchile.cl

Sin título

Tipo de proceso *

Postulantes ▼

RUT estudiante *

ejemplo: 14255665K

203391846

N° de Matrícula *

2019113789

Nombres *

CAMILA SAMARIA

Apellido Paterno *

PAVEZ

Apellido Materno *

REYES

Unidad Académica *

Facultad de Ciencias Sociales ▼

Asistente Social *

Carmen Gloria Neira ▼

Otro asistente social

Si su nombre no se encuentra en el listado anterior, escríbalo aquí

.....

Otro correo electrónico

En el caso que su correo no se encuentre en el listado anterior, escríbalo aquí

.....

Documentos

A considerar:

- La carta de solicitud/traslado del beneficio, debe indicar el motivo fundamentado de la solicitud, y también señalar el plan de acción del estudiante relacionado a cómo resolverá su situación de residencia con y sin ser beneficiario del Programa.
- El informe social externo es solo para estudiantes de 1° año (debe ser legible).
- La Unidad de Bienestar, para estudiantes de curso superior (sean renovantes o postulantes), deberá adjuntar una síntesis social del caso. Para estudiantes renovantes, esta síntesis deberá dar cuenta con claridad de la necesidad de permanencia en un beneficio de estas características, considerando la situación socioeconómica, redes de apoyo y etapa académica en la que se encuentra el o la estudiante. La Unidad académica podrá optar por adjuntar un informe social externo anterior o vigente, solo si se trata de estudiantes hasta su 3 año académico. Desde el cuarto año, debe respaldar la renovación del caso solo con Síntesis social
- Si un estudiante renovante se cambió de domicilio para el año 2021, debe adjuntar la documentación requerida para el postulante, en relación a su nuevo domicilio.

Documentos de respaldo que se adjuntan (Todos los estudiantes):

Carta de solicitud/traslado del beneficio según formato tipo Uchile



Informe social de región de origen (si es estudiante de 1° año) o síntesis social de la unidad de bienestar local (si es estudiante de curso superior).



Cartola actualizada de Registro Social de Hogares (de grupo familiar de la región de origen)

Documentación renovante o postulante cursos superior:

Boletín de notas histórico (a la fecha)



Documentos actualizados en caso de cambio de domicilio

Documentación postulante, sólo si cuenta con arriendo en Stgo.:

Copia del contrato de arriendo de domicilio académico (Sólo si ya tiene un contrato o acuerdo de arriendo) o Certificado de arrendamiento en pensión o habitación Formato UChile y/o otro documento inicial requerido <http://www.uchile.cl/dirbde/residencias>.



Comprobante de pago de arriendo.



Certificado de residencia en Santiago emitido por la Junta de Vecinos.



Toma de conocimiento

Documento adjunto 1

Solo puedes adjuntar 1 archivo, si quieres adjuntar más de uno sugerimos comprimir los archivos en formato: zip, rar o 7zip

Archivos enviados

Documentos Camila Pavez Reyes - Carmen Gloria Neira.pdf

Documento adjunto 2

Solo puedes adjuntar 1 archivo, si quieres adjuntar mas de uno sugerimos comprimir los archivos en formato: zip, rar o 7zip

Ningún archivo entregado

Crea tu propio formulario de Google

Notificar uso inadecuado



Notario de San Fernando Alberto Ortega Jirón

Certifico que el presente documento electrónico es copia fiel e íntegra de
COMPRAVENTA Y FORMULARIO 2890 DIGITAL NRO. ATENCION :
153594414, otorgado el 22 de Septiembre de 2020 reproducido en las
siguientes páginas.

Notario de San Fernando Alberto Ortega Jirón.-

Chillan 620, San Fernando.-

Repertorio N°: 2726 - 2020.-

San Fernando, 28 de Septiembre de 2020.-



N° Certificado: 123456809838.-
www.fojas.cl

Emito el presente documento con firma electrónica avanzada (ley No19.799, de
2002), conforme al procedimiento establecido por Auto Acordado de 13/10/2006 de la
Excmo. Corte Suprema.-

Certificado N° 123456809838.- Verifique validez en

<http://fojas.cl/id.php?cod=not71alorg&doc=123456809838> -

ALBERTO ANGEL ORTEGA JIRON
NOTARIO PUBLICO TITULAR
PRIMERA NOTARIA - SAN FERNANDO
primeranotariasanfernando@gmail.com



Trece mil quinientos ochenta y nueve

13.589



PROTOCOLO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS

REPERTORIO NOTARIAL N° 2.726/2020

cgi

COMPRAVENTA

ROSENDO SEGUNDO GONGORA ALLENDES

A

CAROLINA ANDREA REYES CATALAN Y OTRO

&&&&&&

4967

EN LA CIUDAD DE SAN FERNANDO, PROVINCIA DE COLCHAGUA, REPÚBLICA DE CHILE, a veintidós de Septiembre del año dos mil veinte, ante mí, **ALBERTO ORTEGA JIRON**, abogado, Notario Público de la Primera Notaría de San Fernando, con oficio en calle Chillán número seiscientos veinte de esta ciudad, comparecen: por una parte como vendedor don **ROSENDO SEGUNDO GONGORA ALLENDES**, chileno, vendedor, soltero, cédula nacional de identidad diez millones cuatro mil quinientos veintiocho guion uno, domiciliado en calle Nueva Dos, casa numero ciento cuarenta y cinco, Población El Naranjal, de la Comuna de Rengo, de paso en ésta, en adelante denominado "el vendedor o la parte vendedora"; y por la otra,



Trece mil quinientos noventa 13.590



Bienes Raíces de Rengo.- Para los efectos del impuesto territorial la propiedad se encuentra enrolada bajo el número cuatrocientos veintitrés guion catorce de la comuna de Rengo. **SEGUNDO:** Por el presente acto e instrumento, el vendedor don **ROSENDO SEGUNDO GONGORA ALLENDES**, vende, cede y transfiere la propiedad singularizada en la cláusula primera que antecede, a doña **CAROLINA ANDREA REYES CATALAN** y a don **SERGIO ANDRES VASQUEZ VALDEBENITO**, quienes lo compran, aceptan y adquieren para sí.- **TERCERO:** El precio de la compraventa es la suma única y total de **catorce millones de pesos**, que la parte compradora paga en este acto al contado y en dinero en efectivo. La parte vendedora declara haber recibido la totalidad del precio, dándolo en consecuencia por íntegramente pagado.- **CUARTO:** Las partes declaran cumplida cualquier promesa de compraventa celebrada entre ellas, relativa al inmueble objeto de este contrato, respecto de cuyas obligaciones se otorgan el más amplio y completo finiquito.- **QUINTO:** La entrega material del inmueble, libre de todo ocupante, se efectúa en este acto, a entera satisfacción de la parte compradora.- Sin perjuicio de lo anterior, todos los gastos correspondientes a los consumos del inmueble vendido que se hayan irrogado hasta la fecha de entrega física de la propiedad, serán de cargo o cuenta de la parte vendedora, quien deberá rembolsarlos a la parte compradora en el evento que ésta sea la que efectivamente los pague.- **SEXTO:** La compraventa del inmueble se hace como especie o cuerpo cierto, en el estado actual en que se encuentra la propiedad vendida, que es conocido de la parte compradora, con todo lo edificado, plantado, cercado, con todos sus usos, derechos, costumbres, servidumbres activas y pasivas, libre de hipotecas, gravámenes y prohibiciones, embargos, litigios, estando al día en el pago de sus contribuciones municipales y fiscales, sin deuda de ninguna naturaleza o



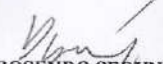
Trece mil quinientos noventa y uno 13.591

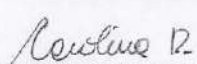


ante mí, que la presente compraventa **no se encuentra afecta al pago del Impuesto al Valor Agregado, establecido en el DL 825**, y en el caso que la autoridad determine que el presente contrato debía gravarse con IVA, será de su cuenta y cargo el pago de dicho tributo, no pudiendo recargarse a la parte Compradora suma alguna por este concepto, de forma que el precio establecido en la cláusula tercera precedente es el precio final para todos los efectos que haya lugar, la que se adjunta a la presente escritura.- **UNDECIMO:** DECLARACION DE VINCULO PEP: la parte compradora, para efectos de la Ley diecinueve mil novecientos trece y circulares de la Unidad de Análisis Financiera, declara no tener vínculos de parentesco por afinidad o consanguinidad ni haber celebrado pacto de actuación conjunta con personas expuestas políticamente. **DECIMO SEGUNDO:** Se faculta al portador de copia autorizada de la presente escritura para requerir las inscripciones y subinscripciones que procedan en los registros respectivos del Conservador de Bienes Raíces, o las que en derecho, correspondan.- **INSERCCIONES: UNO)** "Fecha de Emisión: 17 de Septiembre de 2020 CERTIFICADO DE AVALÚO FISCAL Avalúos en pesos del SEGUNDO SEMESTRE DE 2020 Comuna : RENGO Número de Rol de Avalúo : 00423 - 00014 Dirección o Nombre del bien raíz : PJE PABLO GARRIDO V 369 CLAUDIO ARRAU Destino del bien raíz : HABITACIONAL AVALÚO TOTAL : \$ 6.158.001 AVALÚO EXENTO DE IMPUESTO : \$ 6.158.001 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." Conforme.- Escritura redactada conforme a **instrucciones de las partes**.- Así lo otorgan y previa lectura firman los comparecientes e

imprimen su dígito pulgar derecho.- Se da copia.- La presente escritura
se anotó en el Repertorio Notarial con fecha de hoy bajo el número dos mil
setecientos veintiséis/ dos mil veinte. Voy fe.

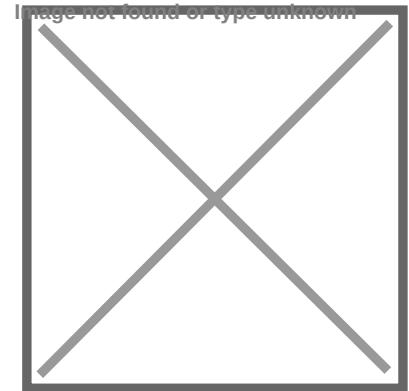



ROSENDO SEGUNDO GONGORA ALLENDES
RUN N° 10.004.528-1


CAROLINA ANDREA REYES CATALAN
RUN N° 13.949.053-3


SERGIO ANDRES VASQUEZ VALDEBENITO
RUN N° 12.983.350-5





IFE Universal

Estado del beneficio:

Hogar actual del RUN 13.949.053-3

Nº pago	Estado	Monto	Motivo de rechazo
2	Apelación rechazada	\$0	
3	Aprobado	\$160.000	
4	Aprobado	\$400.000	
5	Aprobado	\$400.000	
6	Aprobado	\$500.000	
7	Aprobado	\$500.000	
8	Aprobado	\$500.000	
9	Aprobado	\$250.000	
10	Aprobado	\$500.000	

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

Declaración correspondiente al mes de: <u>Noviembre</u>	Fecha: <u>17/11/2021</u>
Nombre estudiante: <u>Carolina Reyes</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>Carolina Andrea Reyes Catalán</u>	RUT: <u>15.949.053-3</u>
Domicilio: <u>Tello Grande Vargas #369</u>	Fono: <u>987444890</u>
Domicilio laboral: <u>Ruta camino H-50, Quinta de Tilcaco</u>	Fono:
Profesión, oficio o actividad: <u>Operaria Producción (con licencia médica)</u>	
Total ingreso mensual grupo familiar: <u>165.000 + 500.000 (IFE)</u>	

2. GASTOS FAMILIARES

Concepto	Gasto grupo familiar	Gastos estudiante en Stgo. (solo si eres de región)
1. Alimentación	\$160.000	
2. Arriendo		
3. Dividendo		
4. Contribuciones		
5. Luz	\$41.600	
6. Agua	\$20.230	
7. Combustible (gas, parafina, otros)		
8. Bencina		
9. Movilización	\$15.000	
10. Teléfono (fijo y/o celular)	\$15.000	
11. TV Cable	\$28.000	
12. Internet		
13. Útiles de aseo	\$40.000	
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)	\$10.000	
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)		
16. Vestuario	\$30.000	
17. Salud	\$18.000	
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)		
19. Otro (detallar): <u>Medicamentos</u>	\$41.140	
20. TOTALES	\$418.970	
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR	\$418.970	

3. OBSERVACIONES

Jefa de hogar con licencia médica por problemas de salud desde no recibe el pago de beca. El principal ingreso ha sido el IFE del gobierno, pronto a terminar. No se consideran los gastos del estudiante ya que se encuentra aún en clases online.

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.

Carolina A.
Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)

Fecha: 17/11/2021

**FORMULARIO DECLARACIÓN DE
SITUACIÓN PATRIMONIAL**

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

1. BIENES RAÍCES

TIPO (casa, depto., terreno, estacionamiento)	USO (Vivienda, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
Casa	Vivienda	\$ 6.158.001

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:

Fecha: 17 / 11 / 2021

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.



INFORME MEDICO

1. Nombre trabajador: Carolina Andrea Reyes Catalán
 2. RUN: 13949053-3
- DIAGNOSTICO(S): hernia discal lumbar.
 - Breve historia con fundamentos clínicos y/o de laboratorio y/o de imagenología en que se basa el diagnóstico:

paciente acude por presentar dolor de 1 año de evolución en región lumbar, irradiado a pierna derecha con paresia, niega síntomas urinarios o síntomas b.

con tto kinesiológico de manera particular se realiza resonancia de columna lumbar, trae informe de resonancia magnética de columna lumbar 09/072020

- discopatía degenerativa acentuada d L5-S1 con protrusión disco - osteofítica difusa que estrecha los agujeros de conjunción y compromete emergencia de raíces L5.

- espondiloartrosis lumbosacra.

- discopatía degenerativa menos que moderadas en el resto de los niveles.

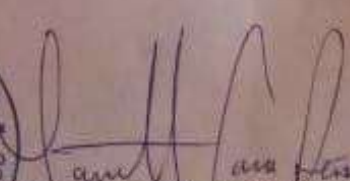
- ligera escoliosis de convexidad derecha.

rx lumbosacra 21/08/2020

- discopatía degenerativa l5-s1

- espondiloartrosis facetaria l5-s1

Paciente en espera de valoración por neurocirugía, con interconsulta pendiente. El alta se realizaría posterior valoración por especialista.


YANETH LARA PEÑARANDA
MÉDICO GENERAL
CESFAM RENGU URBANO ORIENTE



Rengo, abril 01 del 2021

(Sólo para Acreditación Socioeconómica de la Universidad de Chile, debe ser llenado por una Asistente Social con el respaldo de alguna Institución, como por ejemplo Municipalidad, Consultorio, Colegio, otra, y timbre institucional)

Datos Personales Postulante

Nombre : *Carmela Samarina Pavez Reyes*
Rut : *20.339.184-6*
Domicilio : *Pablo Garrido Vargas N° 369.*
Teléfonos : *99.153.8996*
Correo electrónico : *pavez.reyes.carmela@gmail.com.*

Datos grupo familiar

Número de Integrantes del Grupo Familiar: 4

Identificación del Grupo Familiar

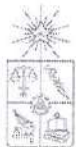
Nombre y apellido	Rut	Parentesco con el estudiante	Edad	Nivel educacional	Categoría ocupacional	Promedio ingreso mensual
<i>Caroline Reyes</i>	<i>13.949.053-3</i>	<i>madre</i>	<i>40</i>	<i>Técnico</i>	<i>operaria producción</i>	
<i>Sofía Pavez</i>	<i>22.583.493-8</i>	<i>Hermana</i>	<i>13</i>	<i>Basico</i>	<i>Estudiante</i>	
<i>Epistobal Vasquez</i>	<i>27.058.073-K</i>	<i>Hermano</i>	<i>2</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	
<i>Carmela Pavez</i>	<i>20.339.184-6</i>	<i>-</i>	<i>21</i>	<i>Universidad Pre-grado</i>	<i>Estudiante</i>	

Condición de Salud del Grupo Familiar

Posee integrantes con enfermedad catastrófica o permanente: SI ☒ NO ☐

Especificar integrante y la enfermedad:

Carmela Pavez Hipotiroidismo y Asma en tratamiento



Patrimonio Familiar

Tenencia Vivienda (marque con una X).

Arrendatario ☐

Propietario ☒

Allegado ☐

Usufructuario ☐

Posesión de Vehículos:

SI ☐

AÑO:

PATENTE:

NO ☒

Ingresos del Grupo Familiar

Total Ingresos del Grupo Familiar: 648.568 =

Ingreso per cápita del grupo familiar: 162.142 =

OBSERVACION ASISTENTE SOCIAL: (obligatorio)

Familia monoparental conformada por la madre y 3 hijos dependientes económicamente de la madre. El padre no aporta ni el dinero ni el apoyo. Una pensión de \$165.000. En ambas mujeres no colaboran a cubrir los necesidades básicas del hogar. Se justifica solo el apoyo familiar para el hogar. Se encasillan Ayuda para la Continuidad Educativa de los hijos.

Tiene Registro Social de Hogares: SI Tramo socioeconómico: 400%

Fecha de informe 30/11/2021

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

* Se debe adjuntar Cartola de Registro Social de Hogares y documentación que respalde lo declarado.

* Se debe adjuntar Declaración de Gastos con respaldos correspondientes.

Firma y Timbre de Asistente Social

Fecha, 30 Noviembre 2021



Liquidación de Sueldo Junio / 2021

R.U.T : 13949053-3	Sr(a) (ita) : REYES CATALAN CAROLINA
Días Trab. : 0	Fecha Ingreso: 22.05.2017
Sucursal : Planta Pasmadora Rosario	Cargo : OPERARIO PRODUCCION UE
Banco : BANCO DEL ESTAD	Nro. Cta Cte : 38170770274
Centro Costo : Línea de piernas	

Haberes		Descuentos	
Anticipos por sobregiro	419.100	Seguro Salud Complement.	17.119
AP. Seguro De Vida (Aj.)	900	Seguro de Vida (Empresa)	2.47 734
Asig.Fam. Simple	2.599	Des.Anticipo por Sobregir	399.484
Asig.Fam. Simple	2.599	Cuota Pdo Solidario	2.500
Asig.Fam. Simple	2.599	Afp Planvital	10.00 90
		Comisión Planvital	1.16 10
		Cotiz. Legal FONASA(OCAF)	3.10 28
		Cotiz.Legal FONASA(IPS)	3.90 35

Base Imponible :	900
Base Tributable :	737
Total Haberes :	427.797
Total Descuentos:	420.000
Saldo en Contra :	
Líquido a Pagar :	7.797

PROC.DE ALIMENTOS DEL SUR
77476390-2

Liquidación de Sueldo Agosto / 2020

R.U.T. : 13949053-3	Sr(a) (ital) : REYES CATALAN CAROLINA
Días Trab. : 0	Fecha Ingreso: 22.05.2017
Secursal : Planta Paenadora Rosario	Cargo : OPERARIO PRODUCCION UE
Banco : BANCO DEL ESTAD	Nro. Cta Cta : 38170770274
Centro Costo : Línea de piernas	

Haberes		Descuentos	
Ptmo Convenio Colectivo	700.000	Seguro Salud Complement.	16.548
Anticipos por sobregiro	270.321	Seguro de Vida (Empresa)	2.47 709
Bono Convenio Colectivo	830.000	Des.Anticipo por Sobregir	261.566
AP Seguro Vida (Emp.)	873	Ant. Bono Conv. Colectivo	664.000
Asig.Fam. Simple	2.551	Anticipo Ptmo. Convenio	700.000
Asig.Fam. Simple	2.551	Cuota Pdo Solidario	2.500
Asig.Fam. Simple	2.551	Afp Planvital	10.00 83.087
		Cesantía Afp Planvital	0.60 4.985
		Comisión Planvital	1.16 9.638
		0.6% Ccaf Los Andes	4.985
		FONASA	6.40 53.176

Base Imponible :	830.873
Base Tributable :	675.002
Total Haberes :	1.808.847
Total Descuentos:	1.801.194
Saldo en Contra :	
Líquido a Pagar :	7.653

Liquidación de Sueldo Julio / 2021

R.U.T. : 13949053-3	Sr(a)(ita) : REYES CATALAN CAROLINA
Días Trab. : 0	Fecha Ingreso: 22.05.2017
Sucursal : Planta Paenadora Rosario	Cargo : OBRERO PRODUCCION U3
Banco : BANCO DEL ESTAD	Nro. Cta Cte : 38170770274
Centro Costo : Línea de piernas	

Haberes		Descuentos	
Anticipos por sobregiro	438.769	Seguro Salud Complement.	17.171
AP. Seguro De Vida (Aj.)	900	Seguro de Vida (Empresa)	2.47 735
Asig.Fam. Simple	13.832	Des.Anticipo por Sobregir	419.100
Asig.Fam. Simple	13.832	Cuota Pto Solidario	2.500
Asig.Fam. Simple	13.832	Afp Planvital	10.00 90
		Comisión Planvital	1.16 10
		Cotiz. Legal FONASA(CCAP)	3.10 28
		Cotiz. Legal FONASA(IPS)	3.90 35

Base Imponible :	900
Base Tributable :	737
Total Haberes :	481.165
Total Descuentos:	439.669
Saldo en Contra :	
Líquido a Pagar :	41.496



Departamento Contencioso
Unidad Médica
R-106131-2021

GM/ PRB/

REF.: Licencia Médica. Reconsideración. Confirma rechazo por no encontrarse justificado el reposo.

RESOLUCIÓN EXENTA N° R-01-IBS-130734-2021
Santiago, 04 / 10 / 2021

VISTO:

La Ley N°16.395, que fija el texto refundido de la ley de organización y atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social; el D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de autorización de licencias médicas por las COMPIN e Instituciones de Salud Previsional y las Resoluciones N°s 6, 7 y 8, de 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.

CONSIDERANDO:

Que, ha recurrido con fecha 19 de julio de 2021 a esta Superintendencia doña CAROLINA ANDREA REYES CATALÁN, RUN: 13.949.053-3, solicitando se reconsidere el dictamen N° R-01-UME-54461-2021 de fecha 03 de mayo de 2021 mediante el cual se confirmó lo resuelto por la COMPIN - SUBCOMISIÓN DE O'HIGGINS, en orden de mantener el rechazo de la licencia médica N° 48361521-3, extendida por un total de 30 días a contar del 04 de febrero de 2021, por reposo no justificado.

Que, esta Superintendencia estudió los antecedentes y con su mérito concluyó que el reposo prescrito por la licencia médica N° 48361521-3, no se encontraba justificado. Esta conclusión se basa en que los antecedentes aportados, no permiten establecer la existencia de incapacidad laboral temporal más allá del período de reposo ya autorizado, que corresponde a 241 días para el mismo cuadro, lo que se considera adecuado para su recuperación sintomática.

RESUELVO:

Esta Superintendencia confirma el rechazo de la licencia médica N° 48361521-3, de acuerdo a lo anteriormente expuesto.

ANÓTESE, NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE
POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

CESAR CLAUDIO RODRÍGUEZ ROJAS
INTENDENTE/A
INTENDENCIA DE BENEFICIOS SOCIALES

DISTRIBUCIÓN:

CAROLINA ANDREA REYES CATALÁN
usuario.asesoria@gmail.com

COPIA INFORMATIVA:

COMISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ - O'HIGGINS
Notificado Electrónicamente
CAJA DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR LOS ANDES
Notificado Electrónicamente

Código QR



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.799
Verifique el documento en www.suseso.cl utilizando el siguiente código de verificación: 39a88b73-2290-4635-442438 o mediante el Código QR
plasmado en el costado inferior izquierdo de este dictamen.



Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #50746459
Fecha Confirmación Ciudadano: 25/09/2017

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 26 de Octubre de 2021 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 Diciembre 2021

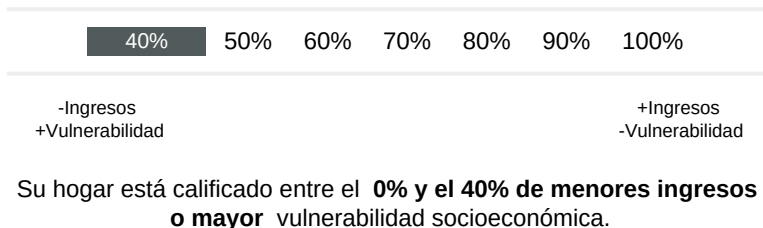
Camila Samaria Pavez Reyes

RUN:
20.339.184-6

Dirección del Hogar:
Pablo Garrido Vargas, Nro domicilio: 369,
Rengo.

Agrupación Habitacional:
Claudio Arrau -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
13.949.XXX-X	Carolina Andrea Reyes Catalán	Jefe(a) de hogar
22.583.XXX-X	Sofía Carolina Pavez Reyes	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
27.059.XXX-X	Cristóbal Alonso Vásquez Reyes	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar
20.339.XXX-X	Camila Samaria Pavez Reyes	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 \$165.000 y \$215.000

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 \$165.000 y \$215.000

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:

Esta cartola fue impresa el 15 de Noviembre a las 15:12 hrs.



Santiago, de 2021

TOMA DE CONOCIMIENTO

BECA DE RESIDENCIA INTERNA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Yo Camila Samaria Pavez Reyes
(Nombres y apellidos completos)

Cédula de identidad N° 109.950.453 tomo conocimiento que el Beneficio "Beca de Residencia Interna" tiene una duración de **un año académico**, con extensión de otro año académico como máximo, esto sujeto a la disponibilidad presupuestaria de la Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil, y al cumplimiento de los requisitos para la renovación de la misma. De esta forma, asumo la responsabilidad del costo de mi residencia en Santiago una vez finalizado el periodo de dos años y en consideración que no es posible la asignación de otro beneficio asociado a residencia, por ejemplo, vacante en Residencia Universitaria u otras becas internas para el financiamiento de residencia.

Firma estudiante

20.339.184-6

RUT