

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	210766316	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	19-01-2022 11:13:01	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Amaru Vicente	Apellido paterno	Plaza
Apellido materno	Paucay	Email	ppamaru@gmail.com
Teléfono	+56979239783	Cuenta RUT	Sí
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	ANTROPOLOGÍA-ARQUEOLOGÍA
Vía de ingreso	psu	Fecha ocurrencia matrícula	01-03-2022
Número matrícula	2021111793	Origen matrícula	candidato 1er semestre
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	19 años 5 meses
Fecha de nacimiento	23-07-2002	Sexo	Hombre
Género	Hombre	Estado civil	Soltero(a)
Sistema de salud	Fonasa	Tramo de fonasa	Tramo D
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	ana maria paucay jimenez	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56995824690		

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	doña clarisa
Numeración	2117	Villa o sector	doña juanita
Región	Región Metropolitana	Comuna	Pedro Aguirre Cerda

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 - 210766316 - Amaru Vicente Plaza Paucay

RUT o pasaporte	210766316	Nombres	Amaru Vicente
Apellido Paterno	Plaza	Apellido Materno	Paucay
Edad	19 años 5 meses	Fecha Nacimiento	23-07-2002
Sexo	Hombre	Parentesco	Estudiante
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	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 - 104171036 - Ana María Paucay Jiménez

RUT o pasaporte	104171036	Nombres	Ana María
Apellido Paterno	Paucay	Apellido Materno	Jiménez
Edad	56 años 0 meses	Fecha Nacimiento	11-01-1966
Sexo	Mujer	Parentesco	Madre
¿Presenta discapacidad?	Sí	¿Vive con el estudiante?	Sí
Jefe de hogar	Sí	Estado civil	Soltero(a)
Sistema de salud	Fonasa	Discapacidad	Sí
Tipo de discapacidad	Otro(s)	Otro tipo de discapacidad	inflamaciones de extremidades, poca tolerancia al esfuerzo físico
Medio para acreditar discapacidad	Certificado médico, Otro(s)	Otro medio para acreditar discapacidad	historial médico
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria
Estudia o estudió en la Universidad de Chile	No	Situación educacional	Completo
¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	Trabajo
Forma de trabajo (estable/inestable)	Inestable	Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Independiente
Profesión u oficio	independiente		

Padre - 80277199 - Vicente Alejandro Plaza Santibañez

RUT o pasaporte	80277199	Nombres	Vicente Alejandro
Apellido Paterno	Plaza	Apellido Materno	Santibañez
Edad	60 años 4 meses	Fecha Nacimiento	10-09-1961
Sexo	Hombre	Parentesco	Padre
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Magíster
Estudia o estudió en la Universidad de Chile	No	Situación educacional	Completo
¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	Trabajo
Forma de trabajo (estable/inestable)	Inestable	Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Independiente
Profesión u oficio	dibujante		

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	\$400.000	Número serie estudiante	514291635
Número serie jefe de hogar	110179569		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

¿Tienes trabajo remunerado?	No	Tiempos de traslado	31 a 60 minutos
-----------------------------	----	---------------------	-----------------

2. Datos grupo familiar

2.1 Ingresos del grupo familiar

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

RUT Parentesco	Sueldos y/o pensión	Honorarios	Retiros	Dividendos por acciones	Intereses inmobiliarios	Ganancias de capital	Pensión alimenticia	Otros aportes de parientes	Actividades independientes	Total ingresos
210766316 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
104171036 Madre	\$0	\$40.842	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$40.842
80277199 Padre	\$0	\$360.314	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$360.314

Nº integrantes grupo familiar	Nº integrantes con ingresos	Total ingresos grupo familiar	Ingreso per cápita
3	2	\$401.156	\$133.719

* 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 - 104171036 - Ana María Paucay Jiménez

Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria	Situación educacional	Completo
Arancel mensual	\$0	Promedio mensual matrícula	\$0
Gasto mensual en educación	\$0		

Padre - 80277199 - Vicente Alejandro Plaza Santibañez

Nivel educacional	Magíster	Situación educacional	Completo
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

Madre - 104171036 - Ana María Paucay Jiménez

Tipo de enfermedad	-Permanentes o de Mediano Costo	Diagnóstico	-Otra enfermedad permanente o de mediano costo
Otro diagnóstico	-espondiloartritis	Atención GES	-No
Gasto mensual	-\$8.000	Observación	-

Padre - 80277199 - Vicente Alejandro Plaza Santibañez

Tipo de enfermedad	-Permanentes o de Mediano Costo	Diagnóstico	-Enfisema pulmonar
Otro diagnóstico	-	Atención GES	-
Gasto mensual	-\$12.000	Observación	-

Total gastos salud grupo familiar	\$20.000
-----------------------------------	----------

2.6 Integrante del grupo familiar en situación de discapacidad

Madre - 104171036 - Ana María Paucay Jiménez

RUT o pasaporte	104171036	Nombres	Ana María Paucay Jiménez
Edad	56 años 0 meses	Parentesco	Madre
Discapacidad	Sí	Tipo de discapacidad	Otro(s)
Otro tipo de discapacidad	inflamaciones de extremidades, poca tolerancia al esfuerzo físico	Nivel de dependencia	Baja
¿Requiere uso especial de apoyo técnico?	Ninguno	Tipo de movilización	Locomoción colectiva / metro
¿Requiere cuidador?	No	Selecciona integrante del grupo familiar	SIN INFORMACIÓN
Observación	debiera tener tratamiento basado en ejercicio físico (natación)	Gasto mensual total	\$16.000

Total gastos por discapacidad	\$16.000
-------------------------------	----------

2.7 Vivienda(s) y otros bienes raíces del grupo familiar

Estudiante - 210766316 - Amaru Vicente Plaza Paucay

Tipo de inmueble	-	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-AMARU VICENTE PLAZA PAUCAY	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 - 104171036 - Ana María Paucay Jiménez

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?	-ana maría paucay jiménez	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 0 y \$ 28.224.339
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-2
Calle	-doña clarisa	Número	-2117
Nº Departamento / casa	-	Block o torre	-
Villa o población	-doña juanita	Región	-Región Metropolitana
Comuna	-Pedro Aguirre Cerda		

2.8 Vehículo(s) del grupo familiar

Madre - 104171036 - Ana María Paucay Jiménez

Uso del vehículo	-Familiar	Tasación fiscal	-\$2.320.000
Año	-2005	Marca	-suzuki
Patente	-ye-9524		

3. Programa de corresponsabilidad parental

3.1 Programa de Corresponsabilidad Parental

No postula

4. Programa de residencia universitaria

4.1 Programa de residencia universitaria

Postula al Programa Residencia	No	¿Es renovante?	NO
Puntaje de categoría red de apoyo	SIN INFORMACIÓN	Categoría red de apoyo	SIN INFORMACIÓN

5. Jefe de hogar

5.1 Situación ocupacional del jefe de hogar

Rut - nombre	10.417.103-6 - ana maría paucay jiménez	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Inestable)
Situación ocupacional	Activo inestable	Puntaje situación ocupacional	7.6

6. Beneficios internos

6.1 Beneficios internos seleccionados

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

7. Última evaluación asistente social

7.1 Evaluación

Asistente social	Carmen Gloria Neira Sandoval	Fecha registro	19-01-2022 11:12:55
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$0 HASTA \$239.509	Per cápita	\$133.719
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	89.2

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

RUT - Nombre Asistente Social	11.139.398-2 - Carmen Gloria Neira Sandoval	Fecha de Observación	miércoles 19 de enero del 2022 a las 11:08:54
Observación	Evaluación socio - económica en base a declaración de gastos mensuales.		

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	210766316	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	19-01-2022 11:13:01	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Amaru Vicente	Apellido paterno	Plaza
Apellido materno	Paucay	Email	ppamaru@gmail.com
Teléfono	+56979239783	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Carrera	ANTROPOLOGÍA-ARQUEOLOGÍA	Número matrícula	2021111793
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	19 años 5 meses
Fecha de nacimiento	23-07-2002	Sexo	Hombre
Género	Hombre	Estado civil	Soltero(a)
Nacionalidad Chilena	Chilena		

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$133.719 / 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	10.417.103-6 - ana maría paucay jiménez	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	No	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Inestable)
Situación ocupacional	Activo inestable	Puntaje situación ocupacional	7.6

4. Condicionantes sociales

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

Problemas judiciales	
Enfermedad crónica o permanente, se involucra aquellos trastornos de Salud Mental	Sí
Integrante del grupo familiar que estudia fuera del lugar de origen	
Integrante del grupo familiar que estudia, excluido el alumno	
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	
Alumno solo (desvinculado)	
Grupo familiar numeroso	
Grupo familiar pequeño	Sí
Hacinamiento	
Total puntaje condicionantes sociales	20

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Carmen Gloria Neira Sandoval	Fecha registro	19-01-2022 11:12:55
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10

6. Postulación a Becas Internas Universidad de Chile

Beca de Atención Económica (BAE)	Sí
Causal Sobreviniente	
Beca de Emergencia	
Franquicia Médica	
Programa de Emergencia para la Retención (PER)	
Programa de Residencias Universitarias	
Beca Marta Brunet	
Programa de Corresponsabilidad Parental	
Beca Irma Salas	
Beca de Compensación Laboral	
Otro beneficio	
Observación otro beneficio	SIN INFORMACIÓN

7. Puntaje total acreditación

Puntaje total acreditación	89.2
-----------------------------------	------



AGUAS andinas®

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

PAUCAY JIMENEZ, ANA MARIA
PJ DONA CLARISA 2117 - P.VILLA DONA JUANIT
PEDRO AGUIRRE CERDA
RUTA: 15.434.6765/3 MEC: 00000939-0000000

R.U.T.: 61.808.000 - 5
BOLETA ELECTRÓNICA
N° 202659364

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO



Su número de Cuenta es: 1028835-5

VENCIMIENTO

14-DIC-2021

TOTAL A PAGAR

\$12.610



El Valor neto, sin IVA de esta Boleta es \$10.597
El IVA de esta Boleta es \$2.014

	metros cúbicos (m3)	monto (\$)
CARGO FIJO		718
CONSUMO AGUA	12,00	5.241
RECOLECCION	12,00	4.101
TRATAMIENTO	12,00	2.551
SUBTOTAL SERVICIO		12.611
TOTAL VENTA		12.611
DESCUENTO LEY REDONDEO		-1
TOTAL A PAGAR		\$12.610

IMPORTANTE: Recuerde que a partir del 01/12/2021 el consumo que usted realice y durante los 4 próximos meses, podría estar afecto a tarifa de sobreconsumo.

CONSUMO ULTIMOS 13 MESES



DETALLE DE CONSUMO

LECTURA ACTUAL 12-NOV-2021
LECTURA ANTERIOR 13-OCT-2021
DIFERENCIA DE LECTURAS
CONSUMO TOTAL

1282 m3
1270 m3
12 m3
12 m3

FECHA ESTIMADA PRÓXIMA LECTURA

14-DIC-2021

AGUAS INFORMA

Su última lectura del periodo no punta es 1282, tomada con fecha 12/11/2021. Próxima facturación se inicia periodo punta. Su nuevo límite de sobreconsumo es 40 m3.

Los valores con IVA para los consumos leídos a partir del: 08/11/2021, son los siguientes:

Cargo fijo = \$ 718

Metro cúbico agua potable punta = \$ 436,77

Metro cúbico agua potable no punta = \$ 436,77

Metro cúbico sobreconsumo = \$ 1.276,06

Metro cúbico recolección = \$ 341,75

Metro cúbico tratamiento = \$ 212,60

Corte o Reposición 1era instancia: \$ 4.644

Corte o Reposición 2da instancia: \$ 6.399

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

Ultimo pago 29-OCT-2021 \$10.230

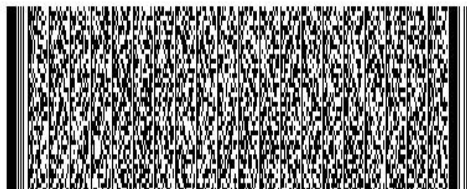
Considera movimientos hasta 18-11-2021

USO INTERNO

Factor de Cobro del Periodo
Punto Servicio-Diámetro
Clave Facturación
Clave Lectura
Número de Medidor
Grupo Tarifario

1,00
Arranque individual-15
Consumo real
LECTURA NORMAL
20130980
AA GRAN SANTIAGO

TARIFAS PUBLICADAS: EL MOSTRADOR CL, 08-NOV-2021
FECHA EMISIÓN: 19-NOV-2021



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



Escanee
y pague
tu cuenta
en línea

Total a pagar

\$12.610

Vencimiento

14-DIC-2021

Nro de cuenta

1028835-5



AGENCIAS COMERCIALES

**Atención Lunes a Jueves: 8:45 a 17:00 hrs.
Viernes: 8:45 a 15:45 hrs.**

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

- José Luis Coe 0272, Puente Alto.
- Freire 375, San Bernardo.
- Gran Av. J.M. Carrera 5165, San Miguel.
- Av. Pdt. Balmaceda 1398, Santiago.
- Esmeralda 1008, Talagante.
- Av. Vitacura 5640, Vitacura.

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

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

CANALES DE PAGO

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



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

Instagram Twitter Facebook LinkedIn WhatsApp www.aguasandinas.cl App

¿Hablemos? ☎ *8000 / 227312400

IMPORTANTE

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



AGUAS
andinas.

Por una ciudad
más sustentable
para todos y todas

EL CLIMA EN EL MUNDO CAMBIÓ

AHORA NOS TOCA CAMBIAR A NOSOTROS

CUIDEMOS EL AGUA, CADA GOTA CUENTA

El cambio climático y la sequía no son una emergencia de estos últimos años, son la nueva realidad climática con la que debemos convivir y adaptarnos.

Del aporte de todas y todos depende cuidar nuestra agua y asegurar su futuro.



Aprende cómo cuidar el agua en
www.aguasandinas.cl



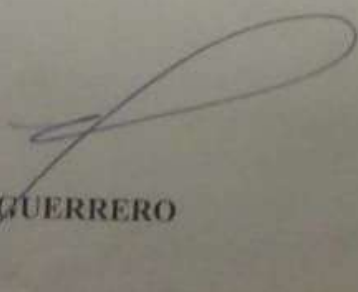
AGUAS
andinas.

NOMBRE : ANA MARIA PAUCAY JIMENEZ
EDAD : 44 AÑOS
ID : 56-10417103-6
FECHA : 19-11-2011

EXAMEN : RX SACROILIACAS AP BILATERAL

Signos de sacroileítis condensante bilateral, con esclerosis en superficie articular del componente iliaco. Espacio articular de amplitud conservada. No presenta signos de lesiones erosivas ni destructivas. No hay otros signos de lesiones óseas.
No hay calcificaciones en las partes blandas peri articulares.

Atentamente,


DR. PATRICIO AZOCAR GUERRERO
MEDICO RADIOLOGO

PAG/PAG

Informe Validado / Radiólogo PATRICIO AZOCAR GUERRERO

CÉDULA DE
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS

PLAZA
PAUCAY

NOMBRES

AMARU VICENTE

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

M

FECHA DE NACIMIENTO

23 JUL 2002

NÚMERO DOCUMENTO

514.291.635

FECHA DE EMISIÓN

23 ENE 2018

FECHA DE VENCIMIENTO

23 JUL 2023

FIRMA DEL TITULAR

RUN 21.076.631-6



21.076.631-6



Nació en: **INDEPENDENCIA**
Profesión: **No informada**

1GROS-5A

INCHL5142916350S30<<<<<<<<<<<<<
0207234M2307231CHL21076631<6<5
PLAZA<PAUCAY<<AMARU<VICENTE<<<

CERTIFICADO DE AVALÚO FISCAL

Avalúos en pesos del SEGUNDO SEMESTRE DE 2021

Comuna : PEDRO AGUIRRE CERDA
Número de Rol de Avalúo : 02971 – 00005
Dirección o Nombre del bien raíz : PJ DONA CLARISA 2117 VILLA DONA JUANITA
Destino del bien raíz : HABITACIONAL

AVALÚO TOTAL	:	\$	18.826.955
AVALÚO EXENTO DE IMPUESTO	:	\$	18.826.955
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**

Rut: 10417103 - 6

[Cerrar Sesión](#)[Mi SII](#)[Servicios online](#)[Ayuda](#)[Contacto](#)

INFORME BTE's EMITIDAS

En este informe se refleja el detalle de cada Boleta de Prestación de Servicios de Terceros Electrónica emitidas por el contribuyente durante el período en consulta.

Contribuyente: **ANA MARIA PAUCAY JIMENEZ**

RUT: **10417103-6**

Informe correspondiente al año 2021

NO REGISTRA MOVIMIENTOS PARA LA FECHA SEÑALADA

[Ver Informe como Planilla Electrónica](#)[Imprimir](#)

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS

PAUCAY
JIMÉNEZ

NOMBRES

ANA MARÍA

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

11 ENE 1966

NUMERO DOCUMENTO

110.179.569

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

14 NOV 2016

11 ENE 2026

FIRMA DEL TITULAR

RUN 10.417.103-6



11633-5H

INCHL1101795699S23<<<<<<<<<<
6601111F2601113CHL10417103<6<6
PAUCAY<JIMENEZ<<ANA<MARIA<<<<

Sr(a). Profesional de la Salud:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la información requerida según corresponda.

1. Nombre paciente	Ana Maria Paucay Jiménez
2. RUT	10.417.103-6
3. Diagnóstico médico	Sacroileitis - Spondiloartritis
4. Clasificación de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad catastrófica ☒ Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☒ Enfermedad de mediano costo ☐ Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con una X donde corresponda)	☐ SÍ ☒ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	☐ SÍ ☒ NO
8. Tratamiento	Kinesiterapia, ejercicios.
9. Medicamentos	Sulfasalazina 500mg, Celecoxib 200mg
10. Alimentación especial	
11. Insumos	
12. Exámenes	RMN / Eco / Rx de Art. Sacroiliacas, columna cervical, tobillos. Exámenes de sangre.
13. Observación	Este certificado se completó con información que me fue entregada por mis Drs. en diferentes momentos, se adjuntan esos documentos.

Paola Lopez Andrade

rut.: 14.631.575-5

Nombre y RUT médico tratante

Timbre de la Institución

Firma

28-11-2021

Fecha

(Pongo rut de Paola Andrade ya es con quien sigo tratamiento.)

CERTIFICADO MÉDICO

Sr(a). Profesional de la Salud:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la información requerida según corresponda.

1. Nombre paciente	Vicente Alejandro Plaza Santibañez
2. RUT	8.027.719-9
3. Diagnóstico médico	Broncopulmonar: Bronquitis crónica / Rinitis alérgica / asma bronquial en estudio. Hipertensión Periodontitis (enfermedad de las encías)
4. Clasificación de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad catastrófica ☒ Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☒ Enfermedad de mediano costo ☐ Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SÍ (Hipertensión) ☐ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SÍ (Hipertensión) ☒ NO
8. Tratamiento	Medicamentos, controles / tratamiento dental.
9. Medicamentos	Hipertensión: Bisopropolol 5mg, Amlodipino 5mg, Broncopulmonar permanente: Berodual Inh. Brexotide 250/25
10. Alimentación especial	
11. Insumos	
12. Exámenes	X.
13. Observación	GES por hipertensión desde noviembre 2021.

Nombre y RUT médico tratante
Timbre de la Institución

Firma

Fecha

Nº 810297

Dr. Mauricio Hernán Ruiz Carmona

Medicina Interna

Sección de Enfermedades Respiratorias

R.U.T.: 8.669.655-k

Nombre: Vicente Plaza S. *Synthmure*

Edad: 60 a' RUT: 8027718-8

Dirección: _____

Rp.

Corticos que el paciente Don
Vicente Plaza S. es portador de

Bronquitis Crónica

Rinitis Alérgica

Posible Asma Bronquial en
estudio

eth

Fecha 28/09/11

Firma

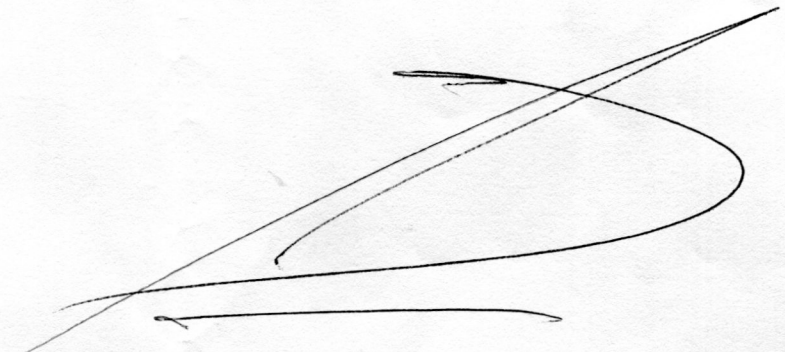
SE RUEGA TRAER RECETA AL VOLVER A CONSULTAR

RECETA AMBULATORIA

Nombre Paciente: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBAÑEZ
Rut: 8027719-9 Edad: 59 Dirección: LAGO PEÑUELAS N.-3450
Fecha: 15/06/21 13:31

Indicaciones:

Nasonex	2 aplicaciones	en cada fosa nasal cada 12 horas por tres meses
Berodual	2 puff	en caso de ataque de tos o pecho apretado



Nombre Médico: MAURICIO HERNAN RUIZ CARMONA
Rut Médico: 8669655-K
N° C. Médico:

RECETA AMBULATORIA

Nombre Paciente: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBAÑEZ
Rut: 8027719-9 Edad: 59 Dirección: LAGO PEÑUELAS N.-3450
Fecha: 28/09/21 13:42

Indicaciones:

Nasonex	2 aplicaciones	en cada fosa nasal cada 12 horas por tres meses
Berodual	2 puff	en caso de ataque de tos o pecho apretado
Brexotide 250/25	2 puff	cada 12 horas con aerocamara y enjuague bucal permanente
Prednisona 20 mg	un comprimido	cada 12 horas por 5 días
Despex 5 mg	un comprimido	en la noche por 30 días

Nombre Médico: MAURICIO HERNAN RUIZ CARMONA
Rut Médico: 8669655-K
N° C. Médico:



Hospital Clínico Universidad de Chile
Sección Enf. Respiratorias
Fono : 29788409 , Santiago
E-mail : respirat@hcuch.cl

Nro. Exámen : 17.256

Nombre : PLAZA SANTIBAÑEZ VICENTE

Rut : 8027719 - 9

Fecha : 12/08/2021

Sexo : Masculino

Edad : 59 años 11 meses 6 días

MEV : 11272633

Broncodilatador : Salbutamol Inhalador 400 mcg

ESPIROMETRÍA

	PRE-BRONCODILATADOR				POST-BRONCODILATADOR		
	Actual	Pred.	%Pred.	LIN	Actual	%Pred.	%Cambio
CVF (L)	4.36	4.54	95	73.40	4.55	100	4
VEF1 (L)	2.92	3.64	80	77.20	3.27	89	11
VEF1/CVF (%)	67	80		70	72		
FEF 25 - 75%	1.86	3.67	50	40.30	2.55	69	37

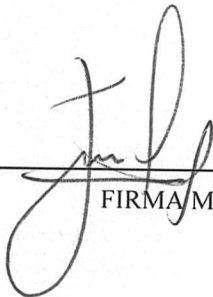
Ecuación de referencia : Knudson (ARRD 193,127:725)

Interpretación Espirometría : Rev Chil Enf Resp 2007;23:31-42

INFORME :

Limitación ventilatoria obstructiva leve, con normalización post-broncodilatador

Fecha Impresión : 16-08-2021


FIRMA MÉDICO

Hospital Clínico Universidad de Chile
Unidad Respiratorio

Nomb	PLAZA SANTIBAÑEZ, VICENT	Rut	8027719-9	BSA:	2.10	Fecha:	11-08-2021
Tec:	CAROLINA, ESCOBAR	Talla:	179.00	Edad:	59	Sala:	
Doctor:		Peso:	91.00	Sexo:	Masculi	Raza:	Caucásico

Diagnóstico:

Disnea:

Tos:

Sibilancia:

Tabaco:

Años Fum:

Paq/Dia:

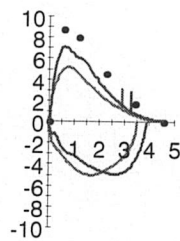
Años s/Fum:

Medicación:

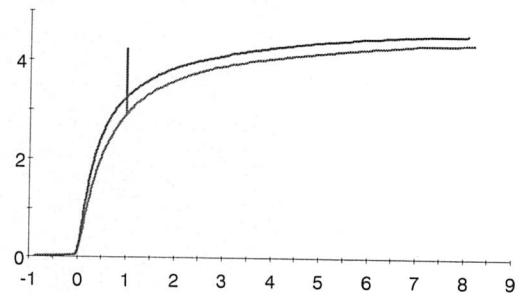
Comentarios Pre-Test:

Comentarios Post Test: COOPERACION BUENA

___ ESPIROMETRÍA ___	Pre-Bronch			P5 SD	Post-Bronch		
	<u>Real</u>	<u>Teórico</u>	<u>%Teórico</u>		<u>Real</u>	<u>Teórico</u>	<u>Cambio</u>
FVC (L)	4,36	4,54	95	73,40	4,55	100	+4
FEV1 (L)	2,92	3,64	80	77,20	3,27	89	+11
FEV1/FVC (%)	67	80	83	70	72	89	+7
FEF 25-75% (L/sec)	1,86	3,67	50	40,30	2,55	69	+37
FEF Max (L/sec)	6,07	8,74	69	2,08	7,04	80	+16



• Teórico — Pre — Post





Hospital Clínico Universidad de Chile
Sección de Enfermedades Respiratorias
Departamento de Medicina

CAPACIDAD DE DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO

NOMBRE: VICENTE PLAZA SANTIBAÑEZ

SEXO: Masculino

EDAD: 59 años

CARNET DE IDENTIDAD: 8.027.719-9

FECHA REALIZACIÓN: 11/08/2021

DIAGNÓSTICO: -----

PROCEDENCIA: Policlínico

HB (GR/DL): 13.6

	VALOR PROMEDIO	VALOR PREDETERMINADO	% PREDETERMINADO
CVL (L)	4.23	4.81	88
DLCO (ml/min/mmHg)	31.56	32.30	97
DLCO CORR (ml/min/mmHg)	32.52	32.30	100
VA (L)	6.84	6.43	106
DLCO/VA (ml/min/mmHg/L)	4.75	5.05	94

INTERPRETACION: Capacidad de difusión de monóxido de carbono dentro de rangos normales.

Dr. Ely Jover L.
LABORATORIO DE FUNCION PULMONAR

INFORME RADIOLOGICO

Nombre:	VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBAÑEZ
Fecha examen:	15-06-2021
Edad:	59
Ficha Clínica:	8027719-9
Médico Solicitante:	RUIZ MAURICIO HERNAN
Servicio Solicitante:	AMBULATORIO

Examen: TRX Tomografía Computada de Tórax sin Contraste

Antecedente: Dificultad respiratoria. Enfisema.

Hallazgos.

Vía aérea permeable. Engrosamiento de paredes bronquiales bilateral, de contorno liso y bien delimitado.

Escasas imágenes de enfisema superior.

No se observan focos de condensación o nódulos mayores de 5 mm.

Banda atelectásica basal izquierda.

Pleura normal, sin derrame.

Corazón y grandes vasos de morfología conservada.

Linfonodos mediastínicos e hiliares de tamaño normal.

Esófago de grosor conservado.

Estructura ósea sin lesiones destructivas o infiltrativas.

Quiste renal derecho.

Impresión:

Engrosamiento paredes bronquiales bilateral de aspecto inflamatorio.

Trazas de enfisema pulmonar.

Saludan atentamente a usted,

Dr(a).GONZALO PEREIRA RETAMALES

GPR

Validado / Dr(a). GONZALO, PEREIRA RETAMALES



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PEDRO AGUIRRE CERDA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

SERIE: E 115086

RECETA MÉDICA USO INTERNO

CESFAM Amador Neghme ☐ CESFAM Lo Valledor Norte ☐ CESFAM Pierre Dubois ☐
CESFAM Edgardo Enríquez ☒ CECOF Miguel Enríquez ☐ Centro Villa Sur ☐
SAR Amador Neghme ☐ COSAM ☐

Fecha: 23/11/2014

Nº de Ficha:

Nombre del paciente:

Rut:

Edad:

Domicilio:

Diagnóstico:

Rp.

SE CERTIFICA PACIENTE
EN CONTROL, CONTINUANDO
FARMACOTERAPIA Y COMPROMISO
DE SUPERSEGUIR CONTROL

C

Nombre Médico:

Rut de Médico:

Firma Médico



Nombre Paciente

RUT.:

Domicilio:

RP:

- Manuel Alberto Alcaín Díaz*
60 años
Immunante
Propranolol 1 mg
Ambroxol 15 mg
Bromuro de Ipratropio
inhalador 2 veces al día

19/01/2021

EDUARDO ALCAINA DIAZ
R.U.T.: 14.735.237-9
ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA
R.C.M.: 23952-6

FIRMA



FACULTAD
ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Interconsulta

Obs. Clínica N° _____

Fecha 22 / NOV / 2021

Clinica Adulto IV

Ficha N° _____

Plaza / Santibáñez / Vicente / 8027719-9 / 59 / Sexo ☒ M ☐ F
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres RUT Edad

Enviado en consulta a la clínica _____

Diagnóstico clínico Periodontitis (enfermedad de encías)

Causa de la consulta Evaluar presión arterial (Hipertensión arterial)

Se desea conocer la opinión de esa clínica sobre Por médico para realizar tratamiento periodontal
con anestesia local y ultrasonido. (proceso similar a cirugía bucal)

Ximena Moreno
Nombre y Firma del académico

Informe al reverso →



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **ANA MARÍA PAUCAY JIMÉNEZ**, RUN **10417103-6**, figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo D, 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: 26/11/2021
Código de Verificación: 778271702



CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **AMARU VICENTE PLAZA PAUCAY**, RUN **21076631-6**, figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo D, 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: 26/11/2021
Código de Verificación: 1552622649

Fecha Solicitud: 26/11/2021

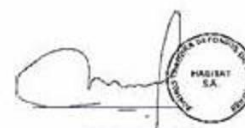
Nombre: ANA MARIA PAUCAY JIMENEZ

RUT: 10.417.103-6

Informamos a usted que en nuestros archivos no se encuentran registradas cotizaciones correspondientes a los períodos octubre 2020 a octubre 2021.

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

Saluda atentamente a usted.



A.F.P. HABITAT
Servicio de Información a Clientes

CERTIFICADO PERIODOS NO COTIZADOS

7E5A976D0E1DA8A0

27 de noviembre de 2021

A.F.P. Modelo S.A., certifica que el Señor : AMARU VICENTE PLAZA PAUCAY, R.U.T. 21.076.631-6, con domicilio en Doña Clarisa 2117. Villa Doña Juanita, Pedro Aguirre Cerda, Santiago, Region Metropolitana. incorporado al sistema previsional con fecha 07 de octubre de 2011 se encuentra afiliado a nuestra administradora desde 07 de octubre de 2011 y de acuerdo a su historia previsional registra los siguientes periodos no cotizados:

Período desde : 9/2020 Período Hasta: 11/2021

PERIODOS NO COTIZADOS
09/2020
10/2020
11/2020
12/2020
01/2021
02/2021
03/2021
04/2021
05/2021
06/2021
07/2021
08/2021
09/2021
10/2021
11/2021

NÚMERO DE PERIODOS NO COTIZADOS : 15

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines que estime conveniente.



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 PERIODOS NO COTIZADOS

7E5A976D0DFA6930

27 de noviembre de 2021

A.F.P. Modelo S.A., certifica que el Señor : VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑEZ, R.U.T. 8.027.719-9, con domicilio en Doña Clarisa 2117, Pedro Aguirre Cerda, Santiago, Region Metropolitana. incorporado al sistema previsional con fecha 30 de septiembre de 1982 se encuentra afiliado a nuestra administradora desde 01 de enero de 2018 y de acuerdo a su historia previsional registra los siguientes periodos no cotizados:

Período desde : 9/2020 Período Hasta: 11/2021

PERIODOS NO COTIZADOS
09/2020
10/2020
11/2020
12/2020
01/2021
02/2021
03/2021
04/2021
05/2021
06/2021
07/2021
08/2021
09/2021
10/2021
11/2021

NÚMERO DE PERIODOS NO COTIZADOS : 15

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines que estime conveniente.



AFP Modelo
Servicio al Cliente

**CARPETA TRIBUTARIA ELECTRÓNICA
PARA SOLICITAR CRÉDITOS**

Importante: Esta información es válida para la fecha y hora en que se generó la carpeta.

Toda declaración y pago que sea presentada en papel retrasa la actualización de las bases de datos del SII, por lo que, eventualmente, podrían no aparecer en esta carpeta.

Nombre del emisor: ANA MARIA PAUCAY JIMENEZ

RUT del emisor: 10417103 – 6

Fecha de generación de la carpeta: 27/11/2021 19:47

Datos del Contribuyente

Fecha de Inicio de Actividades: Anterior a 1993

Actividades Económicas: COMISIONISTA

711001 SERVICIOS DE ARQUITECTURA (DISEÑO DE EDIFICIOS, DIBUJO DE PLANOS DE CO
960909 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.

Categoría tributaria: Segunda categoría

Domicilio: Dona Clarisa 2117 , Villa DoNa Juanita PEDRO AGUIRRE CERDA

Sucursales:

Últimos documentos timbrados: BOLETAS DE HONORARIOS 23-04-2002
BOLETAS DE HONORARIOS ELECTRONICAS 24-11-2021

Observaciones tributarias: No tiene observaciones.

Información proporcionada por el contribuyente para fines tributarios (1)

	Nombre o Razón Social	RUT	Fecha de Incorporación
Representante(s) Legal(es)	– No existe(n) representante(s) legal(es) para este RUT –		
Conformación de la sociedad	– No existen socios para este RUT –		
Participación en sociedades vigentes(2)	– No existen sociedades para el RUT –		

(1): Información declarada por el contribuyente y que puede haber sufrido modificaciones.

(2): La vigencia de estas sociedades está asociada a la existencia de un Inicio de Actividades, sin Término de Giro.

Propiedades y Bienes Raíces (3)

Comuna	Rol	Dirección	Destino	Avalúo Fiscal	Cuotas vencidas por pagar	Cuotas vigentes por pagar	Condición (4)
PEDRO AGUIRRE CERDA	02971-00005	PJ DONA CLARISA 2117 VILLA DONA JUANITA	HABITACIONAL	18.826.955	NO	NO	EXENTO

(3): La presente información no acredita dominio de una propiedad.

(4): La condición exento/afecto ha sido determinada de los datos actuales del catastro de Bienes Raíces, considerando las modificaciones recientes de la tasación, y no según la existencia de cuotas de contribuciones emitidas.

Boletas de Honorarios Electrónicas (5)

Períodos	Honorario bruto	Retención de terceros	PPM de contribuyente
NOVIEMBRE-21	46149	5307	0
OCTUBRE-21			
SEPTIEMBRE-21			
AGOSTO-21			
JULIO-21			
JUNIO-21			
MAYO-21			
ABRIL-21			
MARZO-21			
FEBRERO-21			
ENERO-21			
DICIEMBRE-20			

– No se registran Boletas de Honorarios Electrónicas emitidas en los últimos 12 meses –

(5): Además de las Boletas de Honorarios Electrónicas, un contribuyente puede tener boletas de honorarios emitidas en papel, cuyo detalle no está disponible en forma electrónica.

Declaraciones de IVA (F29)
– No existen declaraciones de IVA recibidas en los últimos 24 períodos mensuales –

Declaraciones de Renta (F22)	
Año Tributario 2021	1 / 3
- No se registra declaración para este período -	

07 N° 330873430

05 Nombres

ANA MARIA

08 Comuna
PEDRO AGUIRRE CERDA

903 RUT. del Representante

960909

anmaramauta@gmail.com

Folio N° 330873430

Declaro bajo juramento que la información contenida en este documento es la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS
FORM. 22

AÑO TRIBUTARIO
document.write(valores["PERIODO"])2019

07 N° 49010989

IMPUESTOS ANUALES A LA RENTA

**ROL UNICO
TRIBUTARIO**

01 Apellido Paterno
o razón social

02 Apellido Materno

05 Nombres

03 10417103-6

PAUCAY

JIMENEZ

ANA MARIA

06 Calle N° Of.Depto.
Dona Clarisa 2117

09 Teléfono

08 Comuna

PEDRO AGUIRRE CERDA

13 Actividad, profesión o giro del negocio

14 Código actividad económica

903 RUT. del Representante

OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES
N.C.P.

960909

55 Correo Electrónico

15	Fecha Vencimiento Declaración	042019	31	IMPUESTO GLOBAL COMPLEMENTARIO O IUSC, TASA ADICIONAL Y/O DEBITO FISCAL DETERMINADO	0
110	Rentas percibidas de los Arts. 42 N° 2 (Honorarios) y 48 (Rem. Directores S.A.), según Recuadro N°1.	229068	119	Remanente de crédito por Reliquidación del Impuesto Único de Segunda Categoría y/o por Ahorro Neto Positivo, proveniente de líneas 40 y/o 41.	52348
157	Impuesto Global Complementario o IUSC según tabla (Arts. 47, 52 ó 52 bis).	72229	158	SUB TOTAL (Si declara Impuesto Adicional trasladar a línea 62 o 63).	9638909
161	Rta Art 42 Nro 1	9409841	162	Crédito al IGC o IUSC por Impuesto Único de Segunda Categoría, según Art. 56 N° 2.	63932
170	BASE IMPONIBLE ANUAL DE IUSC o IGC (Registre sólo si diferencia es positiva).	9638909	198	Retenciones por rentas declaradas en línea 8 (Recuadro N°1).	32724
228					

**CARPETA TRIBUTARIA ELECTRÓNICA
PARA SOLICITAR CRÉDITOS**

Importante: Esta información es válida para la fecha y hora en que se generó la carpeta.

Toda declaración y pago que sea presentada en papel retrasa la actualización de las bases de datos del SII, por lo que, eventualmente, podrían no aparecer en esta carpeta.

Nombre del emisor: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBANEZ
RUT del emisor: 8027719 - 9
Fecha de generación de la carpeta: 27/11/2021 19:57

Datos del Contribuyente

Fecha de Inicio de Actividades: Anterior a 1993
Actividades Económicas: DIBUJO, ILUSTRACION, DISEÑO, INVESTIGACION EN ARTES
741009 OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS DE DISEÑO N.C.P.
900003 ACTIVIDADES DE ARTISTAS REALIZADAS DE FORMA INDEPENDIENTE: ACTORES, MU
Categoría tributaria: Segunda categoría
Domicilio: Dona Clarisa 2117 , Villa DoNa Juanita PEDRO AGUIRRE CERDA
Sucursales:
Últimos documentos timbrados: BOLETAS DE HONORARIOS 26-05-1999
BOLETAS DE HONORARIOS ELECTRONICAS 22-03-2021
Observaciones tributarias: No tiene observaciones.

Información proporcionada por el contribuyente para fines tributarios (1)

	Nombre o Razón Social	RUT	Fecha de Incorporación
Representante(s) Legal(es)	- No existe(n) representante(s) legal(es) para este RUT -		
Conformación de la sociedad	- No existen socios para este RUT -		
Participación en sociedades vigentes(2)	- No existen sociedades para el RUT -		

(1): Información declarada por el contribuyente y que puede haber sufrido modificaciones.

(2): La vigencia de estas sociedades está asociada a la existencia de un Inicio de Actividades, sin Término de Giro.

Propiedades y Bienes Raíces (3)

Comuna	Rol	Dirección	Destino	Avalúo Fiscal	Cuotas vencidas por pagar	Cuotas vigentes por pagar	Condición (4)
- No se registra información para este RUT -							

(3): La presente información no acredita dominio de una propiedad.
(4): La condición exento/afecto ha sido determinada de los datos actuales del catastro de Bienes Raíces, considerando las modificaciones recientes de la tasación, y no según la existencia de cuotas de contribuciones emitidas.

Boletas de Honorarios Electrónicas (5)

Períodos	Honorario bruto	Retención de terceros	PPM de contribuyente
NOVIEMBRE-21			
OCTUBRE-21			
SEPTIEMBRE-21			
AGOSTO-21			
JULIO-21			
JUNIO-21			
MAYO-21			
ABRIL-21			
MARZO-21	118270	13601	0
FEBRERO-21			
ENERO-21	888888	102222	0
DICIEMBRE-20			

- No se registran Boletas de Honorarios Electrónicas emitidas en los últimos 12 meses -

(5): Además de las Boletas de Honorarios Electrónicas, un contribuyente puede tener boletas de honorarios emitidas en papel, cuyo detalle no está disponible en forma electrónica.

Declaraciones de IVA (F29)	
NOVIEMBRE 2021	1 / 24
- No se registra declaración para este período -	

OCTUBRE 2021	2 / 24
- No se registra declaración para este período -	

SEPTIEMBRE 2021	3 / 24
- No se registra declaración para este período -	

AGOSTO 2021	4 / 24
- No se registra declaración para este período -	

JULIO 2021	5 / 24
- No se registra declaración para este período -	

JUNIO 2021	6 / 24
- No se registra declaración para este período -	

MAYO 2021	7 / 24
- No se registra declaración para este período -	


**DECLARACION MENSUAL Y PAGO SIMULTANEO DE IMPUESTOS
FORMULARIO 29**
FOLIO 07 7194256526

RUT 03 8.027.719-9

PERIODO 15 04 / 2021

01	Apellido Paterno o Razón Social	02	Apellido Materno	05	Nombres
PLAZA		SANTIBANEZ		VICENTE ALEJANDRO	
06	Calle	610	N°	08	Comuna
Dona Clarisa N°:2117, PEDRO AGUIRRE CERDA, STGO				PEDRO AGUIRRE CERDA	
09	Teléfono	55	Correo Electrónico	314	Rut del Representante

Código	Glosa	Valor
777	Saldo de IVA postergado 6 o 12 cuotas	0
779	Monto de IVA postergado 6 o 12 cuotas	0
089	IMP. DETERM. IVA DETERM.	0
152	PPM 2a CATEGORIA ART. 84, b) (TASA10%)	644.000
595	SUB TOTAL IMP. DETERMINADO ANVERSO	644.000
547	TOTAL DETERMINADO	644.000

TOTAL A PAGAR DENTRO DEL PLAZO LEGAL	91	644.000	+
Más IPC	92	0	+
Más Intereses y Multas	93	74.060	+
CONDONACION	795	51.842	-
TOTAL A PAGAR CON RECARGO	94	666.218	=

% Condonación	Número de la Resolución	Fecha de la Condonación
70	013-2015	30/07/2021



Tipo de Declaración	Corrige a Folio(s):	Banco	Medio de Pago	Fecha de Presentación
Primitiva		BANCOESTADO	PEL	17/05/2021

Firma y Timbre Fiscalizador		Firma Contribuyente	
-----------------------------	--	---------------------	--

MARZO 2021	9 / 24
- No se registra declaración para este período -	

FEBRERO 2021	10 / 24
- No se registra declaración para este período -	

ENERO 2021	11 / 24
- No se registra declaración para este período -	

DICIEMBRE 2020	12 / 24
- No se registra declaración para este período -	

– No se registra declaración para este período –

OCTUBRE 2020	14 / 24
- No se registra declaración para este período -	

SEPTIEMBRE 2020	15 / 24
- No se registra declaración para este período -	

AGOSTO 2020	16 / 24
- No se registra declaración para este período -	

JULIO 2020	17 / 24
- No se registra declaración para este período -	

JUNIO 2020	18 / 24
- No se registra declaración para este período -	

MAYO 2020	19 / 24
- No se registra declaración para este período -	


**DECLARACION MENSUAL Y PAGO SIMULTANEO DE IMPUESTOS
FORMULARIO 29**
FOLIO 07 6961089156

RUT 03 8.027.719-9

PERIODO 15 04 / 2020

01	Apellido Paterno o Razón Social	02	Apellido Materno	05	Nombres
PLAZA		SANTIBANEZ		VICENTE ALEJANDRO	
06	Calle	610	N°	08	Comuna
Dona Clarisa N°:2117, PEDRO AGUIRRE CERDA, STGO				PEDRO AGUIRRE CERDA	
09	Teléfono	55	Correo Electrónico	314	Rut del Representante

Código	Glosa	Valor
775	Monto cuota a pagar por IVA Postergado	0
779	Monto de IVA postergado 6 o 12 cuotas	0
089	IMP. DETERM. IVA DETERM.	0
152	PPM 2a CATEGORIA ART. 84, b) (TASA10%)	672.268
595	SUB TOTAL IMP. DETERMINADO ANVERSO	672.268
547	TOTAL DETERMINADO	672.268

TOTAL A PAGAR DENTRO DEL PLAZO LEGAL	91	672.268	+
Más IPC	92		+
Más Intereses y Multas	93		+
CONDONACION	795		-
TOTAL A PAGAR CON RECARGO	94		=

% Condonación	Número de la Resolución	Fecha de la Condonación



Tipo de Declaración	Corrige a Folio(s):	Banco	Medio de Pago	Fecha de Presentación
Primitiva		BANCOESTADO	PEL	02/05/2020

Firma y Timbre Fiscalizador		Firma Contribuyente	
-----------------------------	--	---------------------	--

MARZO 2020	21 / 24
- No se registra declaración para este período -	

FEBRERO 2020	22 / 24
- No se registra declaración para este período -	

ENERO 2020	23 / 24
- No se registra declaración para este período -	

DICIEMBRE 2019	24 / 24
- No se registra declaración para este período -	

Declaraciones de Renta (F22)

Año Tributario 2021

1 / 3

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS
FORM: 22

AÑO TRIBUTARIO

document.write(valores["PERIODO"])+2021

07 N° 326520291

IMPUESTOS ANUALES A LA RENTA

ROL UNICO
TRIBUTARIO

01 Apellido Paterno
o razón social

02 Apellido Materno

05 Nombres

03 8027719-9

PLAZA

SANTIBANEZ

VICENTE ALEJANDRO

06 Calle N° Of.Depto.
Dona Clarisa 2117

09 Teléfono
9204028

08 Comuna
PEDRO AGUIRRE CERDA

13 Actividad, profesión o giro del negocio
OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS DE DISEÑO
N.C.P.

14 Código actividad económica
741009

903 RUT. del Representante

55 Correo Electrónico
PLAZA.VICENTE@GMAIL.COM

15	Fecha Vencimiento Declaración	042021	36	Pagos provisionales, según art. 84 y 14 letra D) N° 3 letra (k) LIR	681007
53	Región	13	55	Correo Electrónico	PLAZA.VICENTE@GMAIL.COM
110	Rentas percibidas de los arts. 42 N° 2 (honorarios) y 48 (rem. directores S.A.) LIR, según Recuadro N° 1	4456871	158	SUB TOTAL (Si declara IA trasladar a línea 63 o 64)	4456871
170	BASE IMPONIBLE ANUAL DE IUSC o IGC (registre solo si diferencia es positiva).	4456871	198	Retenciones por rentas declaradas en línea 7 (Recuadro N°1)	3441
301	Nombre Institución Bancaria	BANCOESTADO	305	RESULTADO LIQUIDACIÓN ANUAL IMPUESTO A LA RENTA (si el resultado es negativo o cero, deberá declarar por Internet)	-681006
306	Numero de Cuenta	8027719	315	Fecha Presentación	20/04/2021
461	Honorarios Anuales Con Retención	32009	467	Total Honorarios	4456871
492	Impuesto Retenido de Honorarios Anuales Con Retención.	3441	494	Gastos presuntos: 30% sobre el código 547, con tope de 15 UTA	1910087
545	Honorarios Anuales Sin Retención	6334949	547	Total Ingresos Brutos	6366958
611	Retenciones Recuadro N° 1 / Mayor Retención por sueldo	3441	618	Total Rentas y Retenciones	4456871
619	Impuesto Retenido del Total Rentas y Retenciones.	3441	645	Capital Propio Tributario Positivo	0
780	Tipo de Cuenta	R	849	Pago Provisional (Art. 84) / Rebaja Crédito AFP	681007
1649	Cargo por devolución anticipada de retención de honorarios enero y febrero de 2020 (beneficio especial para trabajadores independientes D.S. N° 420 de 2020, del Min. de Hacienda)	3442	8811	Moneda de la Declaración	CLP
8865	Código Emisión	1			

Folio N° 326520291

REMANENTE DE CREDITO

66 SALDO A FAVOR

85 681006

+

67 Menos: Saldo puesto a disposición de los socios (Según Recuadro N° 6) .

86

-

68 DEVOLUCIÓN SOLICITADA

87 681006

=

IMPUESTO A PAGAR

69 Impuesto Adeudado

90

+

70 Reajuste Art. 72 línea 69: 0.9%

39

+

71 TOTAL A PAGAR (Líneas 69+70)

91

=

RECARGOS POR DECLARACIÓN FUERA DE PLAZO (RECARGOS POR MORA EN EL PAGO)

72 MAS: Reajustes declaración fuera de plazo

92

+

73 MAS: Intereses y Multas declaración fuera de plazo

93

+

74 TOTAL A PAGAR (Líneas 71+72+73)

94

=

Declaro bajo juramento que la información contenida en este documento es la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

26/28

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS
FORM. 22

AÑO TRIBUTARIO
document.write(valores["PERIODO"])+2020

07 N° 331028020

IMPUESTOS ANUALES A LA RENTA

**ROL UNICO
TRIBUTARIO**

**01 Apellido Paterno
o razón social**

02 Apellido Materno

05 Nombres

03 8027719-9

PLAZA

SANTIBANEZ

VICENTE ALEJANDRO

06 Calle N° Of.Depto.

09 Teléfono

08 Comuna

Dona Clarisa 2117

9204028

PEDRO AGUIRRE CERDA

13 Actividad, profesión o giro del negocio

14 Código actividad económica

903 RUT. del Representante

OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS DE DISEÑO
N.C.P.

741009

55 Correo Electrónico

PLAZA.VICENTE@GMAIL.COM

15	Fecha Vencimiento Declaración	042020	53	Región	13
55	Correo Electrónico	PLAZA.VICENTE@GMAIL.COM	110	Rentas percibidas de los arts. 42 N° 2 (honorarios) y 48 (rem. directores S.A.) LIR, según Recuadro N° 1	2385936
158	SUB TOTAL (Si declara IA trasladar a línea 64 o 65)	2385936	170	BASE IMPONIBLE ANUAL DE IUSC o IGC (registre solo si diferencia es positiva).	2385936
198	Retenciones por rentas declaradas en línea 8 (Recuadro N°1)	340848	301	Nombre Institución Bancaria	BANCOESTADO
305	RESULTADO LIQUIDACIÓN ANUAL IMPUESTO A LA RENTA (si el resultado es negativo o cero, deberá declarar por Internet)	-340848	306	Numero de Cuenta	8027719
315	Fecha Presentación	16/04/2020	461	Honorarios Anuales Con Retención	3408480
467	Total Honorarios	2385936	492	Impuesto Retenido de Honorarios Anuales Con Retención.	340848
494	Gastos presuntos: 30% sobre el código 547, con tope de 15 UTA	1022544	547	Total Ingresos Brutos	3408480
611	Retenciones Recuadro N° 1 / Mayor Retención por sueldo	340848	618	Total Rentas y Retenciones	2385936
619	Impuesto Retenido del Total Rentas y Retenciones.	340848	645	Capital Propio Tributario Positivo	0
780	Tipo de Cuenta	R	8811	Moneda de la Declaración	CLP
8865	Código Emisión	12			

Folio N° 331028020

REMANENTE DE CREDITO				IMPUESTO A PAGAR			
66	SALDO A FAVOR	85	340848	+	69	Impuesto Adeudado	90
67	Menos: Saldo puesto a disposición de los socios (Según Recuadro N° 6) .	86		-	70	Reajuste Art. 72 línea 69: 0.9%	39
68	DEVOLUCIÓN SOLICITADA	87	340848	=	71	TOTAL A PAGAR (Líneas 69+70)	91
						RECARGOS POR DECLARACIÓN FUERA DE PLAZO (RECARGOS POR MORA EN EL PAGO)	
					72	MAS: Reajustes declaración fuera de plazo	92
					73	MAS: Intereses y Multas declaración fuera de plazo	93
					74	TOTAL A PAGAR (Líneas 71+72+73)	94

Declaro bajo juramento que la información contenida en este documento es la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS
FORM. 22

AÑO TRIBUTARIO
document.write(valores["PERIODO"])2019

07 N° 250431449

IMPUESTOS ANUALES A LA RENTA

**ROL UNICO
TRIBUTARIO**

**01 Apellido Paterno
o razón social**

02 Apellido Materno

05 Nombres

03 8027719-9

PLAZA

SANTIBANEZ

VICENTE ALEJANDRO

06 Calle N° Of.Depto.

09 Teléfono

08 Comuna

Dona Clarisa 2117

9204028

PEDRO AGUIRRE CERDA

13 Actividad, profesión o giro del negocio

14 Código actividad económica

903 RUT. del Representante

SERVICIOS DE ARQUITECTURA (DISEÑO DE EDIFICIOS,
DIBUJO DE PLANOS DE

711001

55 Correo Electrónico

PLAZA.VICENTE@GMAIL.COM

15	Fecha Vencimiento Declaración	042019	36	Pagos Provisionales, según Art. 84.	5578
53	Región	13	55	Correo Electrónico	PLAZA.VICENTE@GMAIL.COM
110	Rentas percibidas de los Arts. 42 N° 2 (Honorarios) y 48 (Rem. Directores S.A.), según Recuadro N°1.	1641941	158	SUB TOTAL (Si declara Impuesto Adicional trasladar a línea 62 o 63).	1641941
170	BASE IMPONIBLE ANUAL DE IUSC o IGC (Registre sólo si diferencia es positiva).	1641941	198	Retenciones por rentas declaradas en línea 8 (Recuadro N°1).	228957
301	Nombre Institución Bancaria	BANCOESTADO	305	Resultado Liquidación Impto Rta	-234535
306	Numero de Cuenta	8027719	315	Fecha Presentación	19/05/2019
461	Honorarios Anuales Con Retención	2289570	467	Total Honorarios	1641941
492	Impuesto Retenido de Honorarios Anuales Con Retención.	228957	494	Gastos Presuntos: 30 por ciento sobre el código 547, con tope 15 UTA	703689
545	Honorarios Anuales Sin Retención	56060	547	Total Ingresos Brutos	2345630
611	Retenciones Recuadro N° 1 / Mayor Retención por sueldo	228957	618	Total Rentas y Retenciones	1641941
619	Impuesto Retenido del Total Rentas y Retenciones.	228957	645	Capital Propio Tributario Positivo	0
780	Tipo de Cuenta	R	849	Pago Provisional (Art. 84) / Rebaja Crédito AFP	5578
8865	Código Emisión	0			

Folio N° 250431449

REMANENTE DE CREDITO					IMPUESTO A PAGAR				
66	SALDO A FAVOR	85	234535	+	69	Impuesto Adeudado	90	+	
67	Menos: Saldo puesto a disposición de los socios (Según Recuadro N° 6) .	86		-	70	Reajuste Art. 72 línea 69: 0.9%	39	+	
68	DEVOLUCIÓN SOLICITADA	87	234535	=	71	TOTAL A PAGAR (Líneas 69+70)	91	=	
					RECARGOS POR DECLARACIÓN FUERA DE PLAZO (RECARGOS POR MORA EN EL PAGO)				
					72	MAS: Reajustes declaración fuera de plazo	92	+	
					73	MAS: Intereses y Multas declaración fuera de plazo	93	+	
					74	TOTAL A PAGAR (Líneas 71+72+73)	94	=	

Declaro bajo juramento que la información contenida en este documento es la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

(Este documento debe ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que existan por el integrante del grupo familiar que recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro)

Nombre paciente	Ana María Paucay Jiménez
RUT	10.417.103-6
Diagnóstico	Sacroileitis - Spondiloartritis

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	x (1 vez al año, 500 x mes)
Medicamentos	x (\$4.350 x mes)
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	x (este año sin kinesiterapia)
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	x (no me he hecho exámenes este año)
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	\$4.850

ana
paucay

Firmado digitalmente por ana paucay
 Nombre de reconocimiento (DN):
 cn=ana paucay, o=ou,
 email=anmaramauta@gmail.com, c=CL
 Fecha: 2021.11.28 02:07:29 -03'00'

Nombre Jefe(a) de Hogar: Ana María Paucay J. Firma: _____

Fecha: 28/11/2021

Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto). (la consulta médica fue a principio de este año, no encontré ese comprobante)

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.

(Este documento debe ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que existan por el integrante del grupo familiar que recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro)

Nombre paciente	Vicente Plaza Santibáñez
RUT	8.027.719-9
Diagnóstico	Broncopulmonar: Bronquitis crónica / Rinitis alérgica / asma bronquial en estudio. Hipertensión Periodontitis (enfermedad de las encías)

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	18.580
Medicamentos	37.150
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	Dental periodontitis 17.500
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	199.640
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	Podología (tarifa personal) 7.000 /mes
Total gasto mensual	29.739

Nombre Jefe(a) de Hogar: Ana María Paucay Jiménez

Firma: ana paucay

Firmado digitalmente por ana paucay
Nombre de reconocimiento (DN): cn=ana paucay, o, ou, email=anmaramauta@gmail.com, c=CL
Fecha: 2021.11.28 02:22:39 -03'00'

Fecha: 29 / 03 / 2021

Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto).

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.



CERTIFICADO BONOS EMITIDOS



RUT BENEFICIARIO : 8027719-9 VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑEZ
FECHA : 01/11/2020 al 30/11/2021

Fecha Emisión	Folio BAS	Estado BAS	Folio PAS	Rut Prestador	Código Prestación	Cantidad	Recargo Hora	Valor Copago	Valor Total	Nivel	Código Sucursal	Rut Cajero	Tipo Bono
19/01/2021	747645669	Emitido	0	0014735237-9	0101307	1	No	\$6,130	\$15,320	3	130299K	0014735237-9	Documento Electrónico
28/04/2021	755688023	Emitido	0	0076425459-7	1701045	1	No	\$49,370	\$80,220	2	1303231	0076425459-7	Documento Electrónico
15/06/2021	760058035	Emitido	0	0060910000-1	0101321	1	No	\$6,320	\$15,790	3	1301047	0060910000-1	Documento Electrónico
15/06/2021	760067116	Emitido	0	0060910000-1	0403013	1	No	\$93,350	\$135,780	3	1301047	0060910000-1	Documento Electrónico
07/07/2021	762007888	Emitido	0	0060910000-1	0307024	1	No	\$5,780	\$8,400	3	1301047	0060910000-1	Documento Electrónico
11/08/2021	765192390	Emitido	0	0060910000-1	1707001	1	No	\$6,560	\$9,540	3	1301047	0060910000-1	Documento Electrónico
					1707002	1	No	\$10,930	\$15,900				
					1707008	1	No	\$10,930	\$15,900				
11/08/2021	765193129	Emitido	0	0060910000-1	0301038	1	No	\$720	\$1,040	3	1301047	0060910000-1	Documento Electrónico
28/09/2021	769555781	Emitido	0	0060910000-1	0101321	1	No	\$6,320	\$15,790	3	1301047	0060910000-1	Documento Electrónico
TOTAL 8						10		\$196,410	\$313,680				

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines relacionados al área de salud.
Este certificado tiene validez de 60 días, después de su emisión.



Marcelo Mosso Gómez

Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

Fecha Emisión : 27/11/2021
Código Verificación : 516052795



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 747645669

COPIA

FECHA EMISION	: 19/01/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9					
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -					
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ					
EDAD BENEFICIARIO	: 60	GRUPO INGRESO	: B					
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0					
CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101307	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	N	0	1	15.320	9.190	0	6.130

TOTALES		15.320	9.190	0	6.130
MONTO A PAGAR	: 6.130				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 14735237-9 Eduardo Alcaina Diaz

MEDICO TRATANTE :

MEDICO SOLICITANTE :

Nivel : 3
FECHA ATENCION : __/__/__



Marcelo Mosso Gómez
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 747645669

COPIA

FECHA EMISION	: 19/01/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9				
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -				
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ				
EDAD BENEFICIARIO	: 60	GRUPO INGRESO	: B				
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0				
CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101307	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	N 0	1	15.320	9.190	0	6.130

TOTALES		15.320	9.190	0	6.130
MONTO A PAGAR	: 6.130				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 14735237-9 Eduardo Alcaina Diaz
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :

Nivel : 3
FECHA ATENCION : __/__/__



Marcelo Mosso Gómez
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 760058035

COPIA

FECHA EMISION	: 15/06/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9					
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -					
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ					
EDAD BENEFICIARIO	: 60	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
0101321	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 : 60910000-1 Hospital Clinico Universidad de Chile
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :

Nivel : 3
FECHA ATENCION : __/__/__



Marcelo Mosso Gómez
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



Ilustre Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda

Junio 2021

FOLIO

1029536

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIB		R.U.T. 008027719-9	DOMICILIO DOÑA CLARISA N° 2117	
TIPO DE TRIBUTO		CODIGO ACTIVIDAD		ACTIVIDAD
N° PATENTE O ROL DE LA PROP.		PERIODO	FECHA VENCIMIENTO PAGO 17/06/2021	FECHA EMISION 17/06/2021
UNIDAD GIRADORA	MT PROPAGANDA			TIPO DE ASEO
	LUM.	NO LUM.	ORDINARIO ☐	EXCEDENTE ☐ FERIA ☐

OTRAS TRANSFERENCIAS

N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO
MT BNUP	0	MT BNUP	0	MT BNUP	0

GLOSA

BISOPROLOL 5MG X30 1CAJA 3250



CUENTA	DENOMINACION	VALOR
115-07-02-002-000-000	INGRESOS FARMACIA COMUNAL P.A.C.	3,250
		SUB TOTAL 3,250
		I.P.C.
		INTERESES
		TOTAL 3,250



SOLO PARA PATENTES MUNICIPALES

El Contribuyente tiene las siguientes obligaciones en relación a la Patentes C.I.P.A.

1. Avisar cambio de dueño y traslado del negocio.
 2. Devolver a la Municipalidad la Patente al término del negocio.
 3. Ubicar la patente en un lugar visible al público.
- La infracción a estas obligaciones será sancionada con multa.

COPIA CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO VALIDO SOLO CON LA FIRMA Y TIMBRE CAJERO

Visite nuestra página web: www.pedroaguirrecerda.cl



Ilustre Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda

Julio 2021

FOLIO

1036103

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		R.U.T.	DOMICILIO	
VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIB		008027719-9	DOÑA CLARISA N° 2117	
TIPO DE TRIBUTO		CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	
N° PATENTE O ROL DE LA PROP.		PERIODO	FECHA VENCIMIENTO PAGO	FECHA EMISION
			20/07/2021	20/07/2021
UNIDAD GIRADORA		MT PROPAGANDA		TIPO DE ASEO
		LUM. NO LUM.		ORDINARIO ☐ EXCEDENTE ☐ FERIA ☐
OTRAS TRANSFERENCIAS				
N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO	N° FERIA PUESTO
MT BNUP		MT BNUP		MT BNUP
0		0		0

GLISA

BISOPROLOL 5MG X30 2CAJAS (TTO 2 MESES)

CUENTA	DENOMINACIÓN	VALOR
115-07-02-003-000-000	INGRESOS SUBSIDIO FARMACIA COMUNAL P.A.C.	6,500
	20/07/2021 13:21:26 PAGADO 15983 15831 18 \$6,500	
	SUB TOTAL I.P.C. INTERESES TOTAL	6,500 6,500

SOLO PARA PATENTES MUNICIPALES

COPIA CONTRIBUYENTE

El Contribuyente tiene las siguientes obligaciones en relación a la Patentes C.I.P.A.

1. Avisar cambio de dueño y traslado del negocio.
2. Devolver a la Municipalidad la Patente al término del negocio.
3. Ubicar la patente en un lugar visible al público.
4. Infracción a estas obligaciones será sancionada con multa.

DOCUMENTO VALIDO SOLO CON LA FIRMA Y TIMBRE CAJERO

Visite nuestra página web: www.pedroaguirrecerda.cl



Ilustre Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda

Sept. 2021

FOLIO

1050365

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		R.U.T.	DOMICILIO	
VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIB		008027719-9	DOÑA CLARISA N° 2117	
TIPO DE TRIBUTO		CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	
N° PATENTE O ROL DE LA PROP.		PERIODO	FECHA VENCIMIENTO PAGO	FECHA EMISION
			14/09/2021	14/09/2021
UNIDAD GIRADORA		MT PROPAGANDA	TIPO DE ASEO	
		LUM	ORDINARIO ☐ EXCEDENTE ☐ FERIA ☐	
		NO LUM.		
OTRAS TRANSFERENCIAS				
N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO	N° FERIA
MT BNUP		MT BNUP		MT BNUP
0		0		0

GLOSA

AMLODIPINO 5MG X 1CJA (\$460) / BISOPROLOL 5MG X 1CJA (\$3250)

CUENTA	DENOMINACION	VALOR
115-07-02-002-000-000	INGRESOS FARMACIA COMUNAL P.A.C.	3,710
		SUB TOTAL
		I.P.C.
		INTERESES
		TOTAL
		3,710

SOLO PARA PATENTES MUNICIPALES

COPIA CONTRIBUYENTE

El Contribuyente tiene las siguientes obligaciones en relación a la Patentes C.I.P.A.

1. Avisar cambio de dueño y traslado del negocio.
 2. Devolver a la Municipalidad la Patente al término del negocio.
 3. Ubicar la patente en un lugar visible al público.
- La infracción a estas obligaciones será sancionada con multa.

DOCUMENTO VALIDO SOLO CON LA FIRMA Y TIMBRE CAJERO

Visite nuestra página web: www.pedroaguirrecerda.cl



Ilustre Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda

Oct. 2021

FOLIO

1057312

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	R.U.T.	DOMICILIO	
VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIB	008027719-9	DOÑA CLARISA N° 2117	
TIPO DE TRIBUTO	CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	
N° PATENTE O ROL DE LA PROP.	PERIODO	FECHA VENCIMIENTO PAGO	FECHA EMISION
		20/10/2021	20/10/2021
UNIDAD GIRADORA	MT PROPAGANDA	TIPO DE ASEO	
	LUM.	NO LUM.	ORDINARIO ☐ EXCEDENTE ☐ FERIA ☐

OTRAS TRANSFERENCIAS

N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO
MT BNUP		MT BNUP		MT BNUP	
0		0		0	

GLOSA

BREXOTIDE 250/25 X 1 CAJA \$2000/TENBILOL 5 MG X 1 CAJA \$3060/AMLODIPINO 10 MG X 1 CAJA \$550/MONEZ X 1 CAJA \$2800

CUENTA	DENOMINACIÓN	VALOR
115-07-02-002-000-000	INGRESOS FARMACIA COMUNAL P.A.C.	8,410
		SUB TOTAL
		I.P.C.
		INTERESES
		TOTAL
		8,410

SOLO PARA PATENTES MUNICIPALES

El Contribuyente tiene las siguientes obligaciones en relación a las Patentes C.I.P.A.

1. Avisar cambio de dueño y traslado del negocio.
2. Devolver a la Municipalidad la Patente al término del negocio.
3. Ubicar la patente en un lugar visible al público.

La infracción a estas obligaciones será sancionada con multa.

Visite nuestra página web: www.pedroaguirrecerda.cl

DOCUMENTO VALIDO SOLO CON LA FIRMA Y TIMBRE CAJERO



Pedro Aguirre Cerda
Municipalidad

Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda

Nov. 2021

FOLIO

1064926²⁶⁵⁴⁴

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIB		R.U.T.: 008027719-9	DOMICILIO DOÑA CLARISA N° 2117	
TIPO DE TRIBUTO		CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	
N° PATENTE O ROL DE LA PROP.		PERIODO	FECHA VENCIMIENTO PAGO 23/11/2021	FECHA EMISION 23/11/2021
UNIDAD GIRADORA	MT PROPAGANDA: LUM. NO LUM.		TIPO DE ASEO ORDINARIO ☐ EXCEDENTE ☐ FERIA ☐	

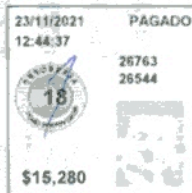
OTRAS TRANSFERENCIAS

N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO
MT BNUP 0		MT BNUP 0		MT BNUP 0	

GLOSA

Tenbilol 5 mg x30 1caja \$3060 / Berodual x1 caja \$9420 / Monez 1 caja \$2800

CUENTA	DENOMINACION	VALOR
115-07-02-002-000-000	INGRESOS FARMACIA COMUNAL P.A.C.	15,280
		SUB TOTAL I.P.C.
		INTERESES
		TOTAL



SOLO PARA PATENTES MUNICIPALES

COPIA CONTRIBUYENTE

El Contribuyente tiene las siguientes obligaciones en relación a la Patentes C.I.P.A.

- 1.- Avisar cambio de dueño y traslado del negocio
 - 2.- Devolver a la Municipalidad la Patente al termino del negocio
 - 3.- Ubicar la patente en un lugar visible al público.
- La infracción a estas obligaciones será sancionada con multa.

DOCUMENTO VALIDO SOLO CON LA FIRMA Y TIMBRE CAJERO

Visite nuestra página web: www.pedroaguirrecerda.cl



UNIVERSIDAD DE CHILE

CORPORACIÓN EDUCACIONAL
HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA
VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES
SERVICIOS PROFESIONALES
CÓDIGO SUCURSAL II: 75278942
Sergio Livingstone Polham N°943, Independencia
INDEPENDENCIA -

R.U.T.: 60.910.000-1

**BOLETA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRONICA**

N° 278357

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 22/11/2021
SEÑOR(ES) : VICENTE PLAZA SANTIBÁÑEZ
DIRECCIÓN : DOÑA CLARISA # 2117
COMUNA : PEDRO AGUIRRE CERDA

CIUDAD : SANTIAGO

R.U.T. : 8.027.719-9

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$
1.00	A.TRATAMIENTO ODONTOLOGICO	17.500	17.500
			



Monto Exento \$ 17.500
TOTAL \$ 17.500

destartraje 1



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 755688023

COPIA

FECHA EMISION	: 28/04/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9					
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -					
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ					
EDAD BENEFICIARIO	: 60	GRUPO INGRESO	: B					
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0					
CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
1701045	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL D	N	0	1	80.220	30.850	0	49.370

TOTALES				80.220	30.850	0	49.370
MONTO A PAGAR	: 49.370						

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76425459-7 NUCLEO SALUD SPA
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :

Nivel : 2
FECHA ATENCION : __/__/__




Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 760067116

COPIA

FECHA EMISION	: 15/06/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9					
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -					
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ					
EDAD BENEFICIARIO	: 60	GRUPO INGRESO	: B					
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0					
CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0403013	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE TO	N	0	1	135.780	42.430	0	93.350

TOTALES				135.780	42.430	0	93.350
MONTO A PAGAR	: 93.350						

PROFESIONAL/INSTITUCION : 60910000-1 Hospital Clinico Universidad de Chile
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :

Nivel : 3
FECHA ATENCION : __/__/__




Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 765193129

COPIA

FECHA EMISION	: 11/08/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9					
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -					
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ					
EDAD BENEFICIARIO	: 60	GRUPO INGRESO	: B					
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0					
CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0301038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (P	N	0	1	1.040	320	0	720

TOTALES		1.040	320	0	720
MONTO A PAGAR	: 720				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 60910000-1 Hospital Clinico Universidad de Chile

Nivel : 3

MEDICO TRATANTE :

FECHA ATENCION : _/_/_

MEDICO SOLICITANTE :




Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 765192390

COPIA

FECHA EMISION	: 11/08/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ
EDAD BENEFICIARIO	: 60	GRUPO INGRESO	: B
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
1707001	ESPIROMETRIA BASAL	N	0	1	9.540	2.980	0	6.560
1707002	ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONC	N	0	1	15.900	4.970	0	10.930
1707008	CAPACIDAD DE DIFUSION, ESTUDIO	N	0	1	15.900	4.970	0	10.930

TOTALES		41.340	12.920	0	28.420
MONTO A PAGAR	: 28.420				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 60910000-1 Hospital Clinico Universidad de Chile
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :

Nivel : 3
FECHA ATENCION : _/_/_



Marcelo Mosso Gómez
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 762007888

COPIA

FECHA EMISION	: 07/07/2021	RUT AFILIADO	: 8027719-9				
RUT BENEFICIARIO	: 8027719-9	NOMBRE SOCIAL	: -				
DIRECCION	: DOÑA CLARISA 2117	NOMBRE REGISTRAL	: VICENTE ALEJANDRO PLAZA SANTIBÁÑ				
EDAD BENEFICIARIO	: 60	GRUPO INGRESO	: B				
NRO PROGRAMA	: 0	NRO PRESTAMO	: 0				
CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0307024	REACCION CUTANEA A ALERGENOS	N 0	1	8.400	2.620	0	5.780

TOTALES		8.400	2.620	0	5.780
MONTO A PAGAR	: 5.780				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 60910000-1 Hospital Clinico Universidad de Chile

Nivel : 3

MEDICO TRATANTE :

FECHA ATENCION : _/ _/ _

MEDICO SOLICITANTE :



Marcelo Mosso Gómez
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION



UNIVERSIDAD DE CHILE

CORPORACIÓN EDUCACIONAL
HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA
VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES
SERVICIOS PROFESIONALES
CÓDIGO SUCURSAL II: 75278942
Sergio Livingstone Polham N°943, Independencia
INDEPENDENCIA -

R.U.T.: 60.910.000-1

**BOLETA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRONICA**

N° 179425

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 11/08/2021
SEÑOR(ES) : VICENTE PLAZA SANTIBÁÑEZ
DIRECCIÓN : DOÑA CLARISA # 2117
COMUNA : PEDRO AGUIRRE CERDA

CIUDAD : SANTIAGO

R.U.T. : 8.027.719-9

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$
1.00	A. TRATAMIENTO ODONTOLOGICO	22.000	22.000
			



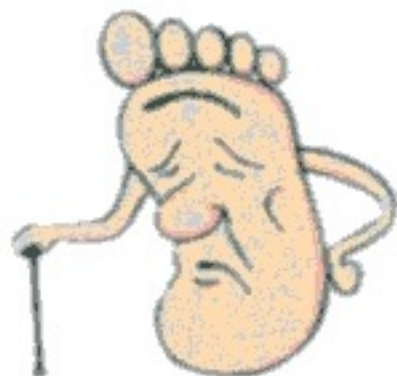
Monto Exento \$ 22.000
TOTAL \$ 22.000

RADIOGRAFÍA BOCA

Atención podólogo Pedro Corrotea. Paciente Vicente Plaza.
Consulta precio personal \$7.000.
Se puede corroborar en los siguientes teléfonos

Teléfono: 222226470
Celular:(56)998459727

Atención Integral del Pie
Especialidad Diabéticos



Podólogo

Pedro Samuel Corrotea Hevia

Av. Vicuña Mackenna 6. Depto 3
2° Piso (Plaza Italia)

Metro Estación Baquedano
pedrocorrotea@hotmail.com

DRA. PAOLA MONSERRATE LOPEZ ANDRADE
RUT : 14631575-5
MEDICINA GENERAL

Sr. (a) : Ana María Paucay Jiménez

Edad :

RUT : 10.417.103-6

Domicilio :

Ciudad :

Fecha : 18.03.2021

Rp.:

Certificado Médico

Paciente: Ana María Paucay Jiménez.

Dg: ESPONDILOARTRITIS

En control y tratamiento con Azulfidina

Celbra, Lágrimas artificiales

sth

Dra. PAOLA MONSERRATE LOPEZ ANDRADE
RUT: 14.631.575-5
Medicina General

Medina • Barcelona • Centro Huérfanos • Centro Bandera
Apó • Egaña • Estación Central • Florida Vicuña Mackenna
da Vespucio • Las Condes • Los Dominicos • Maipú
uehue • Norte • Oeste • Peñalolén • Puente Alto • San Miguel
Santa Lucía • Tobalaba • La Serena • Rancagua • El Trébol
or Bio Bio • Talca • Viña del Mar.

San Miguel
Av. El Llano Subercaseaux 3965,
Metro San Miguel, San Miguel.
Servicio al Cliente
600 636 6666
desde celulares 22 636 6666
Integramedica.cl

INTERPRINT S.A. - R.U.T. 76.105.293-4 / www.interprint.cl

Estado del beneficio:

Hogar actual del RUN 10.417.103-6

Nº pago	Estado	Monto
1	Aprobado	\$120.000
2	Aprobado	\$120.000
4	Aprobado	\$300.000
5	Aprobado	\$300.000
6	Aprobado	\$400.000
7	Aprobado	\$400.000
8	Aprobado	\$400.000
9	Aprobado	\$200.000
10	Aprobado	\$400.000

cod. 260390

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Nº 3266351

Nombre:

Carla

Paucau

Edad:

RUT:

Dirección:

Rp.

R-1

deleuofraus

buoquiuuio

ava fin me

AVA 0305005 (2.80)

ERA-0305004 (4.00)

acep

HT-1 B 27-0305005 (2.80)

Nombre médico:

RUT:

Nº Col Médico:



CENTRO MÉDICO Y DENTAL
FUNDACION

ORDEN DE EXAMEN

Nombre Paciente

Carla María Paucau

FUN

RUT 10.413.103-6

Edad

53

Afiliado

☐

Carga

☐

Dirección

Formo

fecha

21/01/2019

OTARIO SA

EXAMENES SOLICITADOS

Hemograma VHS

3

per

per cep

Guat uluor

ISH-14 libre

DIAGNOSTICO

Cautel S I

Código O.M.S.

Medicación

Dr

Dr. FROILANDE ANDRADE

R.C.M.

Rut 1661573-5

Medicina General e

RUT

Imunología



**Ilustre Municipalidad de
Pedro Aguirre Cerda**

FOLIO

1057343

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL PAUCAY JIMENEZ ANA		R.U.T. 010417103-6	DOMICILIO LAGO PEÑUELAS 3450	
TIPO DE TRIBUTO		ACTIVIDAD		
N° PATENTE O ROL DE LA PROP.		PERIODO	FECHA VENCIMIENTO PAGO 20/10/2021	FECHA EMISION 20/10/2021
UNIDAD GIRADORA	MT PROPAGANDA		TIPO DE ASEO ORDINARIO ☐ EXCEDENTE ☐ FERIA ☐	
LUM.		NO LUM.		
OTRAS TRANSFERENCIAS				
N° FERIA	PUESTO	N° FERIA	PUESTO	N° FERIA
MT BNUP		MT BNUP		
0		0		0

GLOSA

SULFAZALAZINA 500 MG X 1 CAJA

CUENTA	DENOMINACIÓN	VALOR
115-07-02-002-000-000	INGRESOS FARMACIA COMUNAL P.A.C.	4,750
	20/10/2021 12:08:02 PAGADO 23659 23449 48 \$4,750	
	SUB TOTAL	4,750
	I.P.C.	
	INTERESES	
	TOTAL	4,750

COPIA CONTRIBUYENTE

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	18.457.799

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

TIPO (auto, camioneta, camión, furgón, moto, otros)	USO (Particular, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
auto	particular	2.073.619

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
Estos ahorros son producto de mi demanda laboral por despido injustificado pendiente desde enero 2019, incluye mi finiquito y el acuerdo a que se llegó en junio 2021.				
Ahorros	Banco Estado	26.000.000		\$26.000.000

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: Ana Paucay Jiménez
 Fecha: 26 / 11 / 2021

Firma:

ana
paucay

Firmado digitalmente por ana paucay
 Nombre de reconocimiento (DN):
 cn=ana paucay, o, ou,
 email=anmaramauta@gmail.com,
 c=CL
 Fecha: 2021.11.26 20:18:33 -03'00'

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.

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

Declaración correspondiente al mes de:	Fecha: Noviembre 26, 2021
Nombre estudiante: Amaru Vicente Plaza Paucay	Carrera: ATRÓPOLOGÍA/ARQUEOLOGÍA
Nº de Integrantes grupo familiar: 3	Nº de Integrantes que aportan: 2

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: Ana Maria Paucay Jiménez	RUT: 10.417.103-6
Domicilio: Doña clarisa 2117	Fono: 995824690
Domicilio laboral: Doña Clarisa 2117	Fono: 995824690
Profesión, oficio o actividad: Diseñadora gráfica	
Total ingreso mensual grupo familiar: 300.000 (monto aprox. ya que no tenemos ingresos regulares.)	

2. GASTOS FAMILIARES

Concepto	Gasto grupo familiar	Gastos estudiante en Stgo. (solo si eres de región)
1. Alimentación	220.000	
2. Arriendo	-	
3. Dividendo	-	
4. Contribuciones	-	
5. Luz	16.000	
6. Agua	12.000	
7. Combustible (gas, parafina, otros)	13.000	
8. Bencina	5.000	
9. Movilización	25.000	
10. Teléfono (fijo y/o celular)	13.000	
11. TV Cable	-	
12. Internet	10.990	
13. Útiles de aseo	13.000	
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)	-	
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)	-	
16. Vestuario	8.000	
17. Salud	35.000	
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)	-	
19. Otro (detallar):	*30.166	
20. TOTALES	401.156	
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR	401.156	

3. OBSERVACIONES

*Otros: Materiales de trabajo, papeles, lápices, tintas \$6.000/Permiso de circulación (25.000)\$2.083 x mes/Rev. técnica auto (15.000) \$1.250 x mes/Arreglo auto (250.000)\$20.833 x mes, total otros= \$30.166.-//Nuestro grupo familiar no tiene ingresos regulares por mes, dependemos de ganar proyectos o trabajos esporádicos en nuestro rubro que es el diseño gráfico, la ilustración, el dibujo, tal como el Fondart que entrega una vez al año recursos a través de concurso.

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.

ana paucay

Firmado digitalmente por ana paucay
cn=ana paucay, o, ou,
email=anaramauta@gmail.com, c=CL
Fecha: 2021.11.27 00:15:52 -03'00'

Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)

Fecha: 27/ 11 / 2021

Solicitud de Actualización Ocupación e Ingresos
Registro Social de Hogares

Nº solicitud: **26543102**
Nº registro: **50476861**
Fecha: **2021-11-19 19:05:28**

Información personal

Nombre: **Ana María Paucaj Jiménez**

RUN: **10.417.103-6**

Información de contacto

Correo electrónico: **anmaramauta@gmail.com**

Teléfono: **995824690**

Solicito la actualización del Registro Social de Hogares por cambios en la situación de ocupación de:

Nº	RUN	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Firma titular del dato o su representante
1	10.417.103-6	Ana María	Paucaj	Jiménez	Firmado Digitalmente

En mi condición de integrante del Hogar Nº 19290089 del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la información de Ocupación e Ingresos de acuerdo a la información completada en el Sitio Web del Registro Social de Hogares, mediante la solicitud Nº 26543102 realizada con fecha 19 de Noviembre de 2021 a las 19:05:28.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, con la que puedan proveerle otros organismos públicos, con los datos que se consignen y con todos aquellos necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo Nº 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en la Ley Nº 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.



Firma simple ClaveÚnica solicitante
Código de verificación:
8937f393bf04bc1b0bd5e25e851bb45

Nombre y firma funcionario/a
responsable

Origen: **Plataforma Ciudadana**



an mar pau <anmaramauta@gmail.com>

Registro Social de Hogares - Solicitud Nro 26543102 Aprobada

Ministerio de Desarrollo Social y Familia <no-responder@desarrollosocial.cl>

24 de noviembre de 2021, 09:14

Para: anmaramauta@gmail.com

Registro Social de Hogares - Solicitud Nro 26543102

Estimado(a): ANA MARÍA PAUCAY

Junto con saludar, informamos que su solicitud (Solicitud Actualización Ocupación e Ingresos) N° 26543102 ha sido aprobada con fecha 24-11-2021 09:14, por parte del Ejecutor.

La información proporcionada por usted, se reflejará al mes siguiente o subsiguiente dependiendo de la fecha en que fue aprobada.

Este cambio será considerado en su Registro Social de Hogares, sin embargo, no necesariamente implicará un cambio en el tramo de la calificación socioeconómica.

Para mayor información ingrese a nuestro sitio web www.registrosocial.cl o llame al Call Center 800 104 777, gratuito, de Lunes a Viernes de 9:00 a 19:00 horas en días hábiles.

Saludos Cordiales,

Ministerio de Desarrollo Social y Familia



Call Center: 800 104 777

Sitio WEB: www.registrosocial.cl

NOTA: Le pedimos no responder este correo que es solo de carácter informativo.

RESUMEN DE PAGOS

RUN 10.417.103-6

IFE 2021		IFE 2020	
Nº pago	Estado	Monto	
10 (Octubre)	Aprobado	\$400.000	
9 (Septiembre)	Aprobado	\$200.000	
8 (Agosto)	Aprobado	\$400.000	
7 (Julio)	Aprobado	\$400.000	
6 (Junio)	Aprobado	\$400.000	
5 (Mayo)	Aprobado	\$300.000	
4 (Abril)	Aprobado	\$300.000	
2 (Febrero)	Aprobado	\$120.000	
1 (Enero)	Aprobado	\$120.000	

Sr.(a) ANA MARIA PAUCAY JIMENEZ

Edad 53 años

RUT 10417103-6

Domicilio SANTIAGO SANTIAGO

Ciudad SANTIAGO

Fecha 15.02.2019

Orden No. 19206231

10 sesiones

Diagnóstico:

OTRO DOLOR CRONICO

Insuficiencia del Tibial
Posterior bilateral Der > Izq

601011 ULTRASONIDO 1

601024 "RECUERDE TRAER SU ORDEN MEDICA"
REEDUCACION MOTRIZ, EJERC. TERA 1

601026 "RECUERDE TRAER SU ORDEN MEDICA"
TECNICAS RELAJACION 1

0601001A "RECUERDE TRAER SU ORDEN MEDICA"
EVALUACION KINESIOLOGICA 1

Es requisito para las personas de 80 años y más,
el venir acompañados por un adulto a la primera sesión
de tratamiento kinésico, si es necesario que continúe

DR. WILLIAM ALEX VARGAS BALLESTER

RUT : 12156691-5

REUMATOLOGÍA

• Alameda • Barcelona • Centro Huérfanos • Centro Bandera
• Copiapó • Egaña • Estación Central • Florida Vicuña Mackenna
• Florida Vespucio • Las Condes • Los Dominicos • Maipú
• Manquehue • Norte • Oeste • Peñalolén • Puente Alto • San Miguel
• Sur • Santa Lucía • Tobalaba • La Serena • Rancagua • El Trébol
• Mirador Bio Bio • Talca • Viña del Mar.

Santa Lucía
Av. Victoria 411, San Bernardo.
Servicio al Cliente:
600-636 6666
desde celulares 22-636 6666
Integramédica.cl

INTERMONT S.A. - R.U.T.: 76.185.293-4 / Email: contacto@intermont.cl - Fono: 22 555 75 73

www.abastible.cl
app abastible
/abastibleCL
/laenergíadevivi

RUT : 10.417.103-6

INSCRIPCION : YE.9524-1

PROPIETARIO : PAUCAY JIMÉNEZ ANA MARÍA

PROPIETARIO : DOÑA CLARISA ZEPEDA VILLA DOÑA JUANITA
PEDRO AGUIRRE CERDA

FECHAS :

ADQUISICION : 04-ENE-2012

INSCRIPCION : 04-ENE-2012

EMISION : 18-ENE-2012



Victor M. Rebolledo Salas

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION - CHILE
REGISTRO NACIONAL DE VEHICULOS MOTORIZADOS

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

RUT : 10.417.103-6 INSCRIPCION : YE.9524-1

TIPO VEHICULO : AUTOMOVIL

MARCA : SUZUKI

MODELO : IGNIS GL 1.3 AUT

N° MOTOR : M13A1456162

N° CHASIS : JSAPHX51555170850

N° SERIE :

N° VIN :

COLOR : NEGRO

AÑO : 2005

10219825

Comprobante de postulación a beneficios

Estimado/a Amaru Vicente Plaza Paucay, RUT 21.076.631-6

¡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

miércoles 24 de noviembre de 2021 a las 11:31:06

Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil (DIRBDE)

DRA. PAOLA MONSERRATE LOPEZ ANDRADE
RUT : 14631575-5
MEDICINA GENERAL

Sr. (a) : Ana Maria Pavcay

Edad :

RUT :

Domicilio :

Ciudad :

Fecha : 14 . 03 . 2021

Rp.:

USO PERMANENTE

• Azulfidine en.
(Sulfasalazina)

1 - 1

• Celcoxib 200mg
1 al día

Lágrimas Artificiales Teptear

1 gota en 'loso sos

DRA. PAOLA LÓPEZ ANDRADE
RUT: 14.631.575-5
Medicina General

• Alameda • Barcoquina • Centro Huérfanos • Centro Bandera • Centro
• Copiapó • Egana • Estación Central • Florida Vicuña Mackenna
• Florida Vespucio • Las Condes • Los Dominicos • Maipú
• Manquehue • Norte • Oeste • Peñalolén • Puente Alto • San Miguel
• Sur • Santa Lucía • Tobalaba • La Serena • Rancagua • El Trebol
• Mirador Bio Bio • Talca • Viña del Mar.

San Miguel
Av. El Llano Subercaseaux 3965.
Metro San Miguel, San Miguel
Servicio al Cliente
600 636 6666
desde celulares 22 636 6666
Integramedica.cl

cod. 260390

RED
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

N° 3266352

Nombre: Amo. Pavez

Edad: _____ RUT: _____

Dirección: _____

Rp. Parez

Rx Sanderilozem AP-A2

obs peluquero buph 2

Dra. Deicy Bernal Z.
RUT: 14.713.132-9
Reumatología
Universidad de Chile

Nombre médico: _____

R.U.T.: _____

N° Col. Médico: _____

Fecha: 11/11/19

SE RUEGA TRAER RECETA AL VOLVER A CONSULTAR

Santos Dumont 999, Independencia ☎ 22978 8000 - www.redclinica.cl

cod. 260390

RED
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

N° 3266350

Nombre: Amo. Pavez

Edad: _____ RUT: _____

Dirección: _____

Rp. Parez

RMN de tobillo der,

Artroscopia a urticaria
Obs en topografía serg-)
Hacerse fx renal
(...)

Dra. Deicy Bernal Z.
RUT: 14.713.132-9
Reumatología
Universidad de Chile

Nombre médico: _____

R.U.T.: _____

N° Col. Médico: _____

Fecha: 11/11/19

SE RUEGA TRAER RECETA AL VOLVER A CONSULTAR

Santos Dumont 999, Independencia ☎ 22978 8000 - www.redclinica.cl



Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #50476861
Fecha Confirmación Ciudadano: 16/01/2017

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 24 de Diciembre 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 Febrero 2022

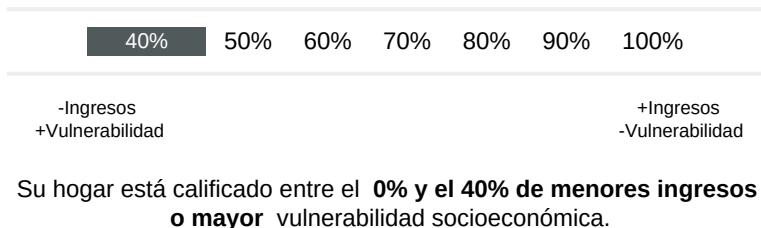
**Ana María
Paucay Jiménez**

RUN:
10.417.103-6

Dirección del Hogar:
Doña Clarisa, Nro domicilio: 2117, Pedro
Aguirre Cerda.

Agrupación Habitacional:
Villa Doña Juanita -Vi

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
10.417.XXX-X	Ana María Paucay Jiménez	Jefe(a) de hogar
8.027.XXX-X	Vicente Alejandro Plaza Santibáñez	Cónyuge o pareja
21.076.XXX-X	Amaru Vicente Plaza Paucay	Hijo(a) de ambos

Características integrantes del hogar

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

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$310.000 y \$385.000

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 \$310.000 y \$385.000**

Datos Complementarios

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar.

Se recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la página web www.registrosocial.gob.cl o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

registrosocial.gob.cl

800 104 777

Oficinas Chile Atiende

Municipalidad

Esta cartola fue impresa el 19 de Enero a las 11:27 hrs.