

Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	219992564	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	21-01-2020 10:25:39	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Carlos Jhonatan	Apellido paterno	Ruiz
Apellido materno	Díaz	Email	carlosruiz@ug.uchile.cl
Teléfono	+56968066635	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Carrera	TRABAJO SOCIAL	Número matrícula	2018180116
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	26 años 11 meses
Fecha de nacimiento	29-01-1993	Sexo	Hombre
Género	Masculino	Estado civil	Soltero(a)
Nacionalidad Chilena	No	Nacionalidad (otra)	Peruana

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$299.633 / DESDE \$295.026 HASTA \$309.336	Puntaje per cápita	12
Tenencia	Usufructuario	Puntaje tenencia	.8
Puntaje arriendo	0	Tramo avalúo	Entre \$ 0 y \$ 26.508.135
Puntaje avalúo	10	Puntaje variables socioeconómicas	22.8

3. Situación ocupacional jefe de hogar

Rut - nombre	14.677.547-0 - Rosana Milagritos Díaz Hueané	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Situación ocupacional	Activo estable	Puntaje situación ocupacional	3.8

4. Condicionantes sociales

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

Enfermedad crónica o permanente, se involucra aquellos trastornos de Salud Mental	
Integrante del grupo familiar que estudia fuera del lugar de origen	
Integrante del grupo familiar que estudia, excluido el alumno	Sí
Dos o más integrantes del grupo familiar que estudia en Ens. superior excluido el alumno	
Alumno que incurre en gastos o tiempo extra de movilización	
Alumno que tenga hijos a su cargo	
Familia uniparental	Sí
Alumno solo (desvinculado)	
Grupo familiar numeroso	
Grupo familiar pequeño	Sí
Hacinamiento	
Total puntaje condicionantes sociales	17

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Calu Pérez	Fecha registro	21-01-2020 10:25:27
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10

6. Postulación a Becas Internas Universidad de Chile

Beca de Atención Económica (BAE)	
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	53.6
----------------------------	------

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	219992564	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	21-01-2020 10:25:39	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Carlos Jhonatan	Apellido paterno	Ruiz
Apellido materno	Diaz	Email	carlosruiz@ug.uchile.cl
Teléfono	+56968066635	Cuenta RUT	Sí
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	TRABAJO SOCIAL
Número matrícula	2018180116	Situación matrícula	MATRICULADO
Situación académica	MATRICULADO	Tipo de alumno	ANTIGUO
Edad	26 años 11 meses	Fecha de nacimiento	29-01-1993
Sexo	Hombre	Género	Masculino
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Tramo de fonasa	Tramo A	Titular / carga	Carga
Titular (Parentesco)	Madre	Nacionalidad Chilena	No
Nacionalidad (otra)	Peruana	Situación migratoria (**)	Tengo permanencia definitiva

1.2 Situación de discapacidad del estudiante

Tipo de discapacidad	Baja visión	Diagnóstico médico oftalmológico	miopía y astigmatismo
Medio para acreditar la discapacidad	Certificado médico		

1.3 Datos de contacto en caso de emergencia

Nombre completo	rosana Diaz	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56977782539	Teléfono 2	+56229261503

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	tocornal grez
Número	0643	N° Casa/Depto	casa
Villa o población	villa	Región	Región metropolitana
Comuna	Puente Alto		

1.4.3 Dirección académica

1.5 Antecedentes de educación superior del estudiante

-Profesional - -2011

Tipo de estudios	-Profesional	Tipo de institución	-Universidad
Estado de educación superior	-No finalicé	Año de ingreso	-2011
Último año cursado	-2016	Nº de semestres cursados	-6
¿Tuviste algún beneficio?	-Si	Especifica cuál(es)	-beca bicentenario

1.6 Hijos(as) del estudiante

No declara

1.7.1 Antecedentes del grupo familiar (viven con estudiante)

Estudiante - 219992564 - Carlos Jhonatan Ruiz Díaz

RUT o pasaporte	219992564	Nombres	Carlos Jhonatan
Apellido Paterno	Ruiz	Apellido Materno	Díaz
Edad	26 años 11 meses	Fecha Nacimiento	29-01-1993
Sexo	Hombre	Parentesco	Estudiante
¿Presenta discapacidad?	Sí	¿Vive con el estudiante?	Sí
Jefe de hogar	No	Estado civil	Soltero(a)
Sistema de salud	Fonasa	Discapacidad	Sí
Tipo de discapacidad	Baja visión	Diagnóstico médico oftalmológico	miopía y astigmatismo
Medio para acreditar discapacidad	Certificado médico	Previsión social	Sin previsión social
¿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	Vendedor		

Madre - 146775470 - Rosana Milagritos Díaz Hueané

RUT o pasaporte	146775470	Nombres	Rosana Milagritos
Apellido Paterno	Díaz	Apellido Materno	Hueané
Edad	46 años 3 meses	Fecha Nacimiento	18-10-1973
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 profesional universitaria
Situación educacional	Incompleto	¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí
Actividad laboral (fuente de ingresos)	Trabajo	Forma de trabajo (estable/inestable)	Estable
Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Dependiente	Profesión u oficio	Júnior de empresa de inversiones

Hermano(a) o hermanastro(a) - 202819338 - Angela Carolina Alfaro Díaz

RUT o pasaporte	202819338	Nombres	Angela Carolina
Apellido Paterno	Alfaro	Apellido Materno	Díaz
Edad	19 años 2 meses	Fecha Nacimiento	02-11-2000
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
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria
Situación educacional	Cursando	¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí
Actividad laboral (fuente de ingresos)	Trabajo, pensión de alimento informal	Forma de trabajo (estable/inestable)	Inestable
Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Dependiente	Profesión u oficio	estudiante

1.7.2 Padre y/o madre que no es parte del grupo familiar

No declara

1.8 Registro Social de Hogares e ingresos del grupo familiar

¿Tiene Registro Social de Hogares?	Sí	Tramo socioeconómico	Hogares calificados entre el 41% y el 50% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad (Tramo del 50)
Ingreso mensual grupo familiar	\$600.000	Número serie estudiante	50861724
Número serie jefe de hogar	200784654		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

¿Tienes trabajo remunerado?	Sí	Tipo de relación contractual	Informal
Número de horas semanales	01 a 15 horas semanales	Ámbito laboral	Comercio
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
219992564 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
146775470 Madre	\$398.898	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$398.898
202819338 Hermano(a) o hermanastro(a)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$500.000	\$0	\$0	\$500.000

Nº integrantes grupo familiar	Nº integrantes con ingresos	Total ingresos grupo familiar	Ingreso per cápita
3	3	\$898.898	\$299.633

* 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 - 146775470 - Rosana Milagritos Díaz Hueané

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

Hermano(a) o hermanastro(a) - 202819338 - Angela Carolina Alfaro Díaz

Nivel educacional	Enseñanza profesional universitaria	Situación educacional	Cursando
Estudia fuera de la provincia	No	Arancel mensual	\$370.000
Promedio mensual matrícula	\$90.000	¿Tiene algún beneficio?	No
Gasto mensual en educación	\$460.000		

Total gastos en educación	\$460.000
---------------------------	-----------

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

Sin Información	
Total gastos salud grupo familiar	\$0

2.6 Integrante del grupo familiar en situación de discapacidad

No declara discapacidad	
Total gastos por discapacidad	\$0

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

Estudiante - 219992564 - Carlos Jhonatan Ruiz Diaz

Tipo de inmueble	-Casa	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN GRUPO FAMILIAR	Tenencia de la vivienda	-Usufructuario
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-CARLOS JHONATAN RUIZ DIAZ	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 0 y \$ 26.508.135
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-No	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-3
Calle	-tocornal grez	Número	-0643
Nº Departamento / casa	-casa	Block o torre	-
Villa o población	-villa	Región	-Región metropolitana
Comuna	-Puente Alto		

Tipo de inmueble	-	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-CARLOS JHONATAN RUIZ DIAZ	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	-		

2.8 Vehículo(s) del grupo familiar

No declara vehículos

3. Programa de corresponsabilidad parental

3.1 Programa de Corresponsabilidad Parental

No postula

4. Programa de residencia universitaria

4.1 Programa de residencia universitaria

Postula al Programa Residencia	No	¿Es renovante?	NO
--------------------------------	----	----------------	----

5. Jefe de hogar

5.1 Situación ocupacional del jefe de hogar

Rut - nombre	14.677.547-0 - Rosana Milagritos Díaz Hueané	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Puntaje situación ocupacional	3.8		

6. Beneficios internos

6.1 Beneficios internos seleccionados

7. Última evaluación asistente social

7.1 Evaluación

Asistente social	Calu Pérez	Fecha registro	21-01-2020 10:25:27
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$295.026 HASTA \$309.336	Per cápita	\$299.633
Puntaje per cápita	12	Tenencia	Usufructuario
Puntaje por Tenencia	.8	Avalúo	Entre \$ 0 y \$ 26.508.135
Puntaje por avalúo	10	Puntaje por arriendo	0
Puntaje condicionantes sociales	17	Puntaje total evaluación	53.6

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

FORMULARIO POSTULACIÓN A BENEFICIOS UCHILE - 2020

Este formulario se debe completar y entregar junto a la documentación de respaldo en esta unidad, hasta el día 15 de NOVIEMBRE de 2019.

TODOS los estudiantes deben completar o actualizar sus datos en el FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN ESTUDIANTIL - FOCES hasta el 6 DE NOVIEMBRE en www.foces.uchile.cl, que debes presentar impreso junto con tus documentos de postulación en el plazo ya estipulado.

Si Ud. requiere postular o renovar Hogar Universitario, Beca de Residencia o Beca de Apoyo Pre-escolar, debe realizar dicho procedimiento en el mismo Formulario FOCES, de lo contrario no se hace efectivo el proceso de postulación.

Todos los estudiantes que tengan Registro Social de Hogares, deben presentar copia de cartola disponible en www.registrosocial.gob.cl

A quienes renuevan Fondo Solidario de Crédito Universitario, recordarles que esta es una parte del proceso de renovación, que finaliza con el envío de la información académica al MINEDUC en diciembre de 2019.

Todos los requisitos de postulación, renovación y plazos de Becas y Financiamiento MINEDUC se encuentran disponibles en www.beneficiosestudiantiles.cl

REITERAMOS QUE EL PLAZO DE ENTREGA DE ESTOS ANTECEDENTES EN BIENESTAR SERÁ HASTA EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2019.

I.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO:

<u>RUIZ</u> APELLIDO PATERNO	<u>DIAZ</u> APELLIDO MATERNO	<u>CARLOS SHONATAN</u> NOMBRES	<u>21.999.256-4</u> RUT
<u>29/01/1993</u> FECHA DE NACIMIENTO	<u>9680 666 35</u> CELULAR ALUMNO	<u>CARLOS RUIZ@ug.uchile.cl</u> EMAIL	<u>TRABAJO SOCIAL</u> CARRERA
<u>TOCORNAL GREZ #0643</u> DOMICILIO FAMILIAR (EN CASO DE PROVENIR DE REGIÓN)		<u>PUENTE ALTO</u> COMUNA	<u>METROPOLITANA</u> REGIÓN DE PROCEDENCIA
<u>TOCORNAL GREZ #0643</u> DIRECCIÓN PERÍODO ACADÉMICO		<u>PUENTE ALTO</u> COMUNA	<u>229261503</u> TELÉFONO

II.- BECAS 2019

☒ BECA BAE (EX PAE) \$	☐ HOGAR UNIVERSITARIO	☐ APOYO PREESCOLAR	☐ PDTE. DE LA REPÚBLICA	☐ BECA INDÍGENA
☒ ALIMENTACIÓN CASINO	☐ BECA DE DESAYUNO FACSO	☐ ALIMENTACIÓN JUNAEB	☐ PATAGONIA Y AYSÉN	☐ OTRA
☒ FOTOCOPIAS FACSO	☐ RESIDENCIA	☐ BMES \$18.500 JUNAEB	☐ INTEGRACIÓN TERRITORIAL	
☒ GRATUIDAD	☐ BECA EXCELENCIA	☐ BECA VOCACIÓN PROFESOR	☐ FONDO SOLIDARIO	
☐ BECA BICENTENARIO	☐ BECA JUAN GÓMEZ MILLAS	☐ BECA HIJO DE PROFESOR	☐ CRÉDITO AVAL DEL ESTADO	
☐ BECA UNIVERSIDAD DE CHILE	☐ JUAN GÓMEZ M. EXTRANJEROS	☐ BECA PSU	☐ OTRA	

III.- ANTECEDENTES FAMILIARES (INSCRIBIR A TODAS LAS PERSONAS QUE CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR, INCLÚID@ ALUMN@)

	RUT	NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	ACTIVIDAD	PREV. SALUD	INGRESOS
1	<u>21999256-4</u>	<u>CARLOS RUIZ DIAZ</u>	<u>26</u>	<u>SOLTERO</u>		<u>ESTUDIANTE</u>		<u>90.000</u>
2	<u>20281933-8</u>	<u>ANGELA ALFARO DIAZ</u>	<u>19</u>	<u>SOLTERA</u>	<u>HERMANA</u>	<u>ESTUDIANTE</u>	<u>FONASA</u>	<u>200.000</u>
3	<u>14677547-0</u>	<u>ROSANA DIAZ HUANE</u>	<u>46</u>	<u>SEPARADO (PIEZA)</u>	<u>MAMA</u>	<u>TRABAJADORA</u>	<u>FONASA</u>	<u>400.000</u>
4								
5								
6								

IV.- ANTECEDENTES HABITACIONALES - LA VIVIENDA QUE HABITA CON SU FAMILIA ES:

☐ PROPIA/AVALÚO \$	☐ ARRIENDA/MONTO \$	☒ USUFRUCTUARIO/AVALÚO \$ <u>25673058</u>	PARENTESCO CON PROPIETARIO <u>ADRASTRO</u>
☐ DIVIDENDOS/MONTO \$	☐ ARRIENDA PIEZA/MONTO \$	☐ ALLEGADOS/AVALÚO \$	

SI ERES DE REGIÓN, MARCAR ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE A TU ESTADÍA EN LA CAPITAL:

☐ VIVE CON PARIENTES O AMIGOS	☐ ARRIENDA PIEZA	☐ COMPARTE ARRIENDO	☐ PAGA PENSIÓN	☐ RESIDENCIA/HOGAR UNIVERSITARIO
\$	\$	\$	\$	\$

V.- ANTECEDENTES SOCIALES

☐ ENFERMEDAD CATASTRÓFICA O DISCAPACIDAD	☐ ALUMN@ CON GASTO EXTRA LOCOMOCIÓN	☐ FAMILIA UNIPARENTAL
☐ ENDEUDAMIENTO GRAVE	☐ ALUMN@ DEMORA MÁS DE 2 HORAS DE VIAJE	☐ FAMILIA HASTA 3 INTEGRANTES
☐ ENFERMEDAD PERMANENTE	☐ INTEGRANTE FAMILIA QUE ESTUDIA FUERA DEL LUGAR DE ORIGEN	☐ HACINAMIENTO
☐ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	☐ ALUMN@ CON HUO/S A SU CARGO	☐ FAMILIA MÁS DE 7 INTEGRANTES
☐ PROBLEMAS DE ALCOHOL/DROGAS	☐ ALUMN@ SOL@	☐ OTRO
☐ PROBLEMAS JUDICIALES		
☐ INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTUDIA, EXCLUÍDO EL ALUMNO: N° ESTUDIANTES E. BÁSICA/MEDIA		N° ESTUDIANTES ED. SUPERIOR <u>1</u>

DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES QUE PROPORCIONO JUNTO A ESTE FORMULARIO, RELATIVOS A MI CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA, SON COMPLETOS Y ACEPTO LAS CONDICIONES DEL PROCESO ÚNICO DE POSTULACIÓN Y RENOVACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE EN QUE ESTOY PARTICIPANDO.

FIRMA ALUMNO

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

1.- NOMBRE Y TELÉFONO:

Rosana Milagros Díaz Huane
cel: 977782539

2.- NOMBRE Y TELÉFONO:

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

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>Agosto</u>	Fecha: <u>07/08/2019</u>
Nombre estudiante: <u>Carlos Ruiz Díaz</u>	Carrera: <u>Trabajo Social</u>
Nº de Integrantes grupo familiar: <u>3</u>	Nº de Integrantes que aportan: <u>4</u>

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: <u>Rosana Julegüitos Díaz Huani</u>	RUT: <u>14677547-0</u>
Domicilio: <u>Tornel 16 vez # 0643</u>	Fono: <u>977782539</u>
Profesión, oficio o actividad: <u>Asistente de oficina</u>	Fono:
Total ingreso mensual grupo familiar: <u>577.000</u>	

2. GASTOS FAMILIARES (Indicar promedio de los meses de junio, julio y agosto)

Concepto	Gastos grupo familiar	Gastos adicionales del Grupo Familiar, estudiante en Stgo. (solo si proviene de región)
1. Alimentación	<u>250.000</u>	
2. Arriendo		
3. Dividendo		
4. Contribuciones		
5. Luz	<u>31.500</u>	
6. Agua	<u>15.430</u>	
7. Combustible (gas, parafina, otros)	<u>30.000</u>	
8. Bencina		
9. Movilización	<u>50.000</u>	
10. Teléfono (fijo y/o celular)	<u>20.000</u>	
11. TV Cable	<u>10.000</u>	
12. Internet	<u>13.000</u>	
13. Útiles de aseo	<u>25.000</u>	
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)		
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)	<u>40.000</u>	
16. Vestuario	<u>40.000</u>	
17. Salud	<u>35.000</u>	
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)	<u>7.000</u>	
19. Otro (detallar):		
20. TOTALES		
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR		

3. OBSERVACIONES

Los gastos de la escolaridad de Anabela Alfaro
corren por cuenta de Miguel Angel Alfaro

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


Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)

FORMULARIO DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

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

1. BIENES RAÍCES

TIPO (casa, depto., terreno, estacionamiento)	USO (Vivienda, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

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

3. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD(ES)

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

4. INVERSIONES Y OTROS

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

5. DEUDAS

TIPO (Crédito hipotecario, automotriz, otros)	INSTITUCIÓN BANCARIA O CASA COMERCIAL	PAGO MENSUAL	Nº TOTAL DE CUOTAS	FECHA VENCIMIENTO DE DEUDA TOTAL

Nombre Jefe(a) de Hogar: _____ 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.

FICHA SOCIOECONÓMICA / INFORME SOCIAL

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

Datos Personales Postulante

Nombre : _____
Rut : _____
Domicilio : _____
Teléfonos : _____
Correo electrónico : _____

Datos grupo familiar

Número de Integrantes del Grupo Familiar:

Identificación del Grupo Familiar

Nombre y apellido	Rut	Parentesco con el estudiante	Edad	Nivel educacional	Categoría ocupacional	Promedio ingreso mensual

Condición de Salud del Grupo Familiar

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

Especificar integrante y la enfermedad:

--

FICHA SOCIOECONÓMICA / INFORME SOCIAL

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: _____

Ingreso per cápita del grupo familiar: _____

OBSERVACION ASISTENTE SOCIAL: (obligatorio)

Tiene Registro Social de Hogares: _____ Tramo socioeconómico: _____

Fecha de informe _____

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,



DECLARACIÓN DE PENSIÓN

DE ALIMENTOS INFORMAL

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

Yo Miguel Angel Alfaro Vives, RUT 14.686.519-4,

Padre declaro que entrego la suma de \$ 500.000 como aporte para la

mantención de mi(s) hijo(s) Angela Carolina Alfaro Diaz

y que no hemos realizado el trámite correspondiente para legalizar la pensión de alimentos ante el Juzgado de Familia.

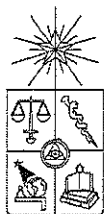
(En el caso de asumir gastos adicionales que se pagan de forma directa, tales como: tratamiento dental, colegiatura, crédito hipotecario, entre otros, indicar en la siguiente tabla).

Junto con ello, declaro que soy responsable de los siguientes gastos mensuales que pago de forma directa, los que describo a continuación.

Concepto	Gasto
1.Colegiatura de Universidad	400.000
2. Gastos de alimentación	100.000
3.	
4.	
5.	
TOTAL	500.000

Firma (obligatoria)

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.



Universidad de Chile
Vicerrectoría de Asuntos Académicos
Dirección de Bienestar Estudiantil

COMPROBANTE DE USUFRUCTO DE VIVIENDA

Este documento debe ser llenado por el dueño de la vivienda y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca.

Declaro bajo juramento que otorgo en usufructo a la familia *de Rosano Melagritos*
Díaz Huani

el inmueble (o parte del inmueble) ubicado en *Erasmel 6.º #0643*

comuna *Puente Alto* región *Metropolitana*

Debe efectuar aporte Si ☒ de \$ *200 000* Mensuales.

No

Miguel Angel Afonso Vives
Nombre Completo

Miguel Angel Afonso Vives
Firma y Rut
14 686 519-4

Fecha *07/01/2020*

NOTA: Se entiende por usufructo al grupo familiar que habita en una vivienda "que no es de su propiedad, que ha sido cedida de hecho o de palabra, por personas o instituciones". Sin ser compartida con el dueño de ella.

Estoy dispuesto/a que esta situación sea corroborada por la Asistente Social que corresponde, en cualquier momento y a aceptar las medidas pertinentes.

CERTIFICADO DE AVALÚO FISCAL

Avalúos en pesos del SEGUNDO SEMESTRE DE 2019

Comuna : PUENTE ALTO
Número de Rol de Avalúo : 00789 - 00025
Dirección o Nombre del bien raíz : PDTE GONZALEZ 0643 M MAGDALENA
Destino del bien raíz : HABITACIONAL

AVALÚO TOTAL	:	\$	25.673.059
AVALÚO EXENTO DE IMPUESTO	:	\$	25.673.059
AVALÚO AFECTO A IMPUESTO	:	\$	0

El avalúo que se certifica ha sido determinado según el procedimiento de tasación fiscal para el cálculo del impuesto territorial, de acuerdo a la legislación vigente, y por tanto no corresponde a una tasación comercial de la propiedad.

Por Orden del Director**CERTIFICADO GRATUITO**

Certificado de residencia del padre

Yo Carlos Jhonatan Ruiz Díaz, con número de cedula de identidad 21999256-4. Declaro que desconozco el paradero de mi padre. Estoy desvinculado y no forma parte de mi grupo familiar.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Jhonatan Ruiz Díaz', is written over a horizontal line. The signature is stylized with a large initial 'C' and a long, sweeping underline.

Firma

Certificado de Cotizaciones Previsionales

Folio de certificación: 02801-EA2F0-C3483-57549-7 (*)

Santiago, 6 de enero de 2020

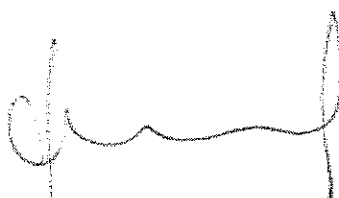
AFP CAPITAL S.A., certifica que el Sr(a). Rosana Milagritos Diaz Huane RUT: 14.677.547-0 DOMICILIO: Tocalma Grez 0643, Puente Alto, Santiago, Region Metropolitana. Registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al periodo comprendido entre 01-2019 y 01-2020.

Detalle de las Cotizaciones Obligatorias pagadas y/o declaradas por su Empleador en los últimos 12 meses.

Periodo	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	RUT Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
11-2019	COTIZACIÓN	13/12/2019	\$50.000	1,14	\$44.015,84	78.928.130-0	C
10-2019	COTIZACIÓN	12/11/2019	\$40.000	0,91	\$43.861,96	78.928.130-0	C
09-2019	COTIZACIÓN	12/10/2019	\$40.000	0,91	\$44.023,36	78.928.130-0	C
08-2019	COTIZACIÓN	12/09/2019	\$40.000	0,91	\$43.724,06	78.928.130-0	C
07-2019	COTIZACIÓN	12/08/2019	\$40.000	0,93	\$43.202,81	78.928.130-0	C
06-2019	COTIZACIÓN	12/07/2019	\$40.000	0,95	\$42.142,44	78.928.130-0	C
05-2019	COTIZACIÓN	12/06/2019	\$40.000	0,96	\$41.652,39	78.928.130-0	C
04-2019	COTIZACIÓN	13/05/2019	\$40.000	1,00	\$40.115,22	78.928.130-0	C
03-2019	COTIZACIÓN	12/04/2019	\$30.100	0,75	\$40.167,19	78.928.130-0	C
02-2019	COTIZACIÓN	12/03/2019	\$30.000	0,77	\$39.189,87	78.928.130-0	C
01-2019	COTIZACIÓN	05/02/2019	\$30.000	0,77	\$38.724,54	78.928.130-0	C
12-2018	COTIZACIÓN	11/01/2019	\$28.800	0,75	\$38.305,49	78.928.130-0	C

Tipos de Fondos				
Fondo A	Fondo B	Fondo C	Fondo D	Fondo E
Más Riesgoso	Riesgoso	Intermedio	Conservador	Más Conservador

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines que estime convenientes. (*) Tiene una validez de 30 días, a contar de la fecha de emisión. La persona a la cual sea entregado, puede comprobar su validez ingresando a www.afpcapital.cl, haciendo clic en 'Validador de Certificado'.



Andrea Nuñez Montoya
Gerente de Servicio Clientes



Si encuentra inconsistencias, en los meses registrados en su Certificado de Cotizaciones Obligatorias, comuníquese con nosotros a través de nuestro Call Center, marcando 600 6600 900, o bien ingresando al sitio www.afpcapital.cl

Este certificado ha sido emitido a través de nuestro sitio web www.afpcapital.cl

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

3

Sucursal:	Casa Matriz	Mes:	AGOSTO 2019	103
EMPRESA:	A & J CONSULTORIA E INVERSIONES LTDA		VALOR UF:	27.993,08
RUT :	78,928,130-0		TOPE IMPON. :	2.217.052
NOMBRE:	DIAZ HUANE ROSANA MILAGRITOS		Fecha Contrato:	01-08-09
R.U.T. :	14,677,547-0	CARGO:	0	31-12-09
COTIZACION PACTADA (UF-:	0,00	0	Fecha Afil. Isapre:	00-01-00
ADHERIDO AL 2% :	No	155.194	Fecha Afil. AFP:	00-01-00
Tipo Contrato	Indef c SC		SUELDO BASE ctto	320.000
C.COSTO:	103		Gratificación	119.146

HABERES

SUELDO BASE / Días Trabaja	30	0	320.000
S. BASE / Días no trabaja	0	0	0
GRATIFICACION			80.000
1 Comisión Base prop		0%	0
0 Horas Extras			0
1 Vacaciones			
1 Comisión Asistencia prop			0
1 Comisión Puntualidad			0
1 Bono prop			0
1 Bono especial			0
1 O. Assignac. Imponibles			0
** TOTAL HABERES IMPONIBLES ** \$			400.000
COLACION			25.000
MOVILIZACION			45.000
ASIGNACION FAMILIAR	1	7.587	7.587
ASIGNACION EQUIPOS			0
VIATICO			0
** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$			77.587
** TOTAL DE HABERES ** \$			477.587

DESCUENTOS

ING Capital		11,44%	45.760
Fonasa (INP)	25.600	7,0%	28.000
CCAF de los Andes	2.400		
DIFERENCIA DE ISAPRE			-
PRESTAMOS		0,00	-
SEGURO CESANTIA			2.400
APV			-
IMPTO UNICO			0
** TOTAL DCTOS ** \$			76.160
** ALCANCE LIQUIDO ** \$			401.427
DESCUENTOS Y ANTICIPOS \$			0
TOTAL A PAGAR \$			401.427

Certifico que he recibido a mi entera satisfacción el saldo indicado en la presente liquidación de,
A & J CONSULTORIA E INVERSIONES LTDA y no tengo cargo ni cobro posteriores que hacer.

RECIBI CONFORME

FECHA EMISION : 30 / 08 / 2019

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

3

Sucursal:	Casa Matriz	Mes:	JULIO 2019	103
EMPRESA:	A & J CONSULTORIA E INVERSIONES LTDA	VALOR UF:	27.953,42	
RUT :	78,928,130-0	TOPE IMPON. :	2.213.911	
NOMBRE:	DIAZ HUANE ROSANA MILAGRITOS	Fecha Contrato:	01-08-09	
R.U.T. :	14,677,547-0	CARGO:	0	31-12-09
COTIZACION PACTADA (UF-:	0,00	0	Fecha Afil. Isapre:	00-01-00
ADHERIDO AL 2% :	No	154.974	Fecha Afil. AFP:	00-01-00
Tipo Contrato	Indef c SC	SUELDO BASE ctto		320.000
C.COSTO:	103	Gratificación		119.146

H A B E R E S				
SUELDO BASE / Días Trabaja	30	0		320.000
S. BASE / Días no trabajar	0	0		0
GRATIFICACION				80.000
1 Comisión Base prop		0%		0
0 Horas Extras				0
1 Vacaciones				
1 Comisión Asistencia prop				0
1 Comisión Puntualidad				0
1 Bono prop				0
1 Bono especial				0
1 O. Assignac. Imponibles				0
** TOTAL HABERES IMPONIBLES ** \$				400.000
COLACION				25.000
MOVILIZACION				45.000
ASIGNACION FAMILIAR	1	7.587		7.587
ASIGNACION EQUIPOS				0
VIATICO				0

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$ 77.587
 ** TOTAL DE HABERES ** \$ 477.587

D E S C U E N T O S				
ING Capital		11,44%	45.760	
Fonasa (INP)	25.600	7,0%	28.000	
CCAF de los Andes	2.400			
DIFERENCIA DE ISAPRE			-	
PRESTAMOS		0,00	-	
SEGURO CESANTÍA			2.400	
APV			-	
IMPTO UNICO			0	
** TOTAL DCTOS ** \$				76.160
** ALCANCE LIQUIDO ** \$				401.427
DESCUENTOS Y ANTICIPOS \$				0
TOTAL A PAGAR \$				401.427

Certifico que he recibido a mi entera satisfacción el saldo indicado en la presente liquidación de,
 A & J CONSULTORIA E INVERSIONES LTDA y no tengo cargo ni cobro posteriores que hacer.

RECIBI CONFORME

FECHA EMISION : 30 / 07 / 2019

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

3

Sucursal:	Casa Matriz	Mes:	jun-19	103
EMPRESA:	A & J CONSULTORIA E INVERSIONES LTDA	VALOR UF:	28.048,53	
RUT :	78.928.130-0	TOPE IMPON. :	2.221.444	
NOMBRE:	DIAZ HUANE ROSANA MILAGRITOS	Fecha Contrato:	01-08-09	
R.U.T. :	14.677.547-0	CARGO:	0	31-12-09
COTIZACION PACTADA (UF-:	0,00	0	Fecha Afil. Isapre:	00-01-00
ADHERIDO AL 2% :	No	155.501	Fecha Afil. AFP:	00-01-00
Tipo Contrato	Indef c SC	SUELDO BASE ctto	320.000	
C.COSTO:	103	Gratificación	119.146	

| H A B E R E S |

SUELDO BASE / Días Traba	30	0	320.000
S. BASE / Días no trabaja	0	0	0
GRATIFICACION			80.000
1 Comisión Base prop		0%	0
0 Horas Extras			0
1 Vacaciones			0
1 Comisión Asistencia prop			0
1 Comisión Puntualidad			0
1 Bono prop			0
1 Bono especial			0
1 O. Assignac. Imponibles			0
** TOTAL HABERES IMPONIBLES ** \$			400.000

COLACION			25.000
MOVILIZACION			45.000
ASIGNACION FAMILIAR	0	0	0
ASIGNACION EQUIPOS			0
VIATICO			0

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$ 70.000
 ** TOTAL DE HABERES ** \$ 470.000

| D E S C U E N T O S |

ING Capital		11,44%	45.760
Fonasa (INP)	25.600	7,0%	28.000
CCAF de los Andes	2.400		-
DIFFERENCIA DE ISAPRE			-
PRESTAMOS		0,00	-
SEGURO CESANTÍA			2.400
APV			-
IMPTO UNICO			0
** TOTAL DCTOS ** \$			76.160
** ALCANCE LIQUIDO ** \$			393.840
DESCUENTOS Y ANTICIPOS \$			0
TOTAL A PAGAR \$			393.840

Certifico que he recibido a mi entera satisfacción el saldo indicado en la presente liquidación de,
 A & J CONSULTORIA E INVERSIONES LTDA y no tengo cargo ni cobro posteriores que hacer.

RECIBI CONFORME

FECHA EMISION : 30 / 06 / 2019

CÉDULA DE
IDENTIDAD
EXTRANJERO

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS
DÍAZ
HUANE
NOMBRES
ROSANA MILAGROS
NACIONALIDAD
PER
FECHA DE NACIMIENTO
18-06-1973 200.386.780
FECHA DE EMISIÓN
14 MAYO 2015 FECHA DE VENCIMIENTO
27 ABR 2020
FIRMA DEL TITULAR

RUN 14.677.547-0





84FNS-45

IECHL2003667802S25<<<<<<<<<<
7310180F2004275PER14677547<O<O
DIAZ<HUANE<<ROSANA<MILAGRITOS<

FIRMA DEL TITULAR

RUN 20.281.933-8

Angela



72E3L

IDCHL2028193382S25<<<<<<<<<<
0011020F2011024CHLA023158439<2
ALFARO<DIAZ<<ANGELA<CAROLINA<<

CERTIFICADO DE ALUMNO

La Secretaría General de la Universidad Santo Tomás, sede Santiago, inscrita en el Folio C-16 del libro de registro de Universidades del Ministerio de Educación, autónoma según Acuerdo N°020/2003 del Consejo Superior de Educación.

Certifica que don(ña) **Angela Carolina Alfaro Díaz**

RUT **20281933-8**

Carrera **Psicología (D)**

Es alumno(a) regular en el periodo **2019**

Se otorga el presente certificado a petición del interesado con el objetivo de
LOS FINES QUE ESTIME PERTINENTES



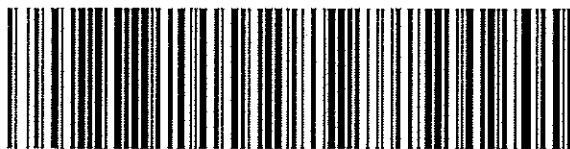
CATALINA UGARTE AMENABAR

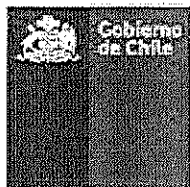
Secretaria General

Santiago, 16 de Noviembre de 2019

Este documento tiene una vigencia de 30 días a contar de su emisión.

Verifica este documento en <http://certificados.santotomas.cl> ingresando el código: QLS7V2NOL9FP1B4ZNV





CERTIFICADO

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **ANGELA CAROLINA ALFARO DÍAZ**, RUN **20281933-8**, 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: 06/01/2020
Código de Verificación: 1955895892



CERTIFICADO

El FONDO NACIONAL DE SALUD certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **ROSANA MILAGRITOS DIAZ HUANE**, RUN **14677547-0**, figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo C, 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: 06/01/2020
Código de Verificación: 1494603673

JUNTA DE VECINOS

RENACER MARIA MAGDALENA

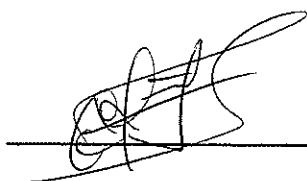
ABATE MOLIMA Nº 217

PUENTE ALTO

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Se certifica que don (ña) CARLOS HONATAN QUIZ DIAZ
Cedula de Identidad Nº 21 999 256-4
Tiene su domicilio en calle torreonal GREZ 0643
De la población MARIA MAGDALENA Comuna de Puente Alto.

Se extiende el presente documento, a petición del interesado para trámites que estime pertinente



Presidente

JUNTA DE VECINOS RENACER
MARIA MAGDALENA - PTE. ALTO
Pers. Jur. Nº 322 - Fojas 161 Vta.
Fecha Fund: 09 - Agosto - 2016



Secretario

PUENTE ALTO 13 DE NOVIEMBRE 2019

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

(Uso exclusivo para Acreditación Socioeconómica de Becas y Créditos).

Yo Rosana Milagritos Díaz Huamán RUT 14677547-0
certifico que mi domicilio es en calle o pasaje Escomal Cruz #0643
casa o Depto. N° _____ en la Villa o Población Horio Hegdelens Comuna Puente Alto
en la ciudad Santiago

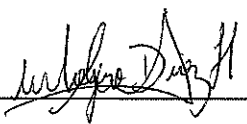
Marcar con una X si la persona que llenó este certificado es:

Postulante ☐

Jefe de Hogar ☐

Padre o Madre ☒

Declaro que la información entregada en el presente certificado es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio podrá ser revocado por el Ministerio de Educación y/o la Universidad de Chile.


Firma

Fecha 07/01/2020

Nota 1: Adjuntar cuenta de servicio básico o cuenta de casa comercial, que certifique el domicilio señalado en el presente certificado y la identidad de quién lo llenó.

Nota 2: Este certificado puede ser llenado por el postulante o jefe de hogar.

Nota 3: En caso de padres separados, este certificado debe ser entregado por ambos padres con el respaldo correspondiente.

SAN GERONIMO
Avenida San Pedro 1203
APS Puente Alto
Teléfono 4854350

Santiago

FICHA PACIENTE



Fecha 3/01/2020

Datos generales

N.H.C.	694048	D.N.I.	
Apellidos	RUIZ DIAZ		
Nombre	CARLOS JHONATAN	Fecha nacimiento	29/01/1993 26 Años
Idioma	ESPAÑOL	Médico	SAN GERÓNIMO
Sexo	Masculino	Estado civil	Soltero/a
Ultima visita	23/11/2018	Residente	
Observaciones			
PAPPS		Cobertura	FONASA PLAN B

Domicilio

Código postal	00000	METROPOLITANA	Teléfono 1	6-8221041
			Teléfono 2	
Población	013	SANTIAGO		
Domicilio	00001	TORCORNAL GREZ 0643		
		Departamento.		
Pais				

Datos administrativos

Prestación	Pensionista
Titularidad	Titular
Núm. NASS	/ /
Regimen	GENERAL
Tipo paciente	Urbano
Recog. recetas	Administración
TIS Comunidad	21999256-4

Tarjeta TIS

Emisión tarjeta
Caducidad
Fecha ult. mod.

Identificación

TIS/DNI	0643
Nombre	
Apellidos	

Tipo de usuario
Autonomia de nacimiento
Entidad aseguradora
Entidad concertada