



Viernes 24 de Enero de 2020 a las 14:28.55

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	204242682	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	24-01-2020 14:28:54	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Javiera Ignacia	Apellido paterno	Navarrete
Apellido materno	Álvarez	Email	navarretealvarezjaviera@gmail.com
Teléfono	+56946429889	Cuenta RUT	Sí
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN PARVULARIA
Número matrícula	2019116117	Situación matrícula	MATRICULADO
Situación académica	MATRICULADO	Tipo de alumno	NUEVO
Edad	19 años 9 meses	Fecha de nacimiento	13-04-2000
Sexo	Mujer	Género	Femenino
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Tramo de fonasa	Tramo C	Titular / carga	Carga
Titular (Parentesco)	Madre	Nacionalidad Chilena	Sí

1.2 Situación de discapacidad del estudiante

No declara

1.3 Datos de contacto en caso de emergencia

Nombre completo	isabel álvarez	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56958978156	Teléfono 2	+56953058216

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	la higuera
Número	1150	Villa o población	gacitúa
Región	Región metropolitana	Comuna	Isla De Maipo

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 - 204242682 - Javiera Ignacia Navarrete Álvarez

RUT o pasaporte	204242682	Nombres	Javiera Ignacia
Apellido Paterno	Navarrete	Apellido Materno	Álvarez
Edad	19 años 9 meses	Fecha Nacimiento	13-04-2000
Sexo	Mujer	Parentesco	Estudiante
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	No
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	Sin previsión social	¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	No
Actividad (no percibe ingresos)	Estudiante que no trabaja	Profesión u oficio	estudiante

Madre - 80907001 - Isabel Del Carmen Álvarez Infante

RUT o pasaporte	80907001	Nombres	Isabel Del Carmen
Apellido Paterno	Álvarez	Apellido Materno	Infante
Edad	60 años 3 meses	Fecha Nacimiento	01-10-1959
Sexo	Mujer	Parentesco	Madre
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	Sí
Estado civil	Separado(a) legalmente	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Instituto profesional
Situación educacional	Completo	¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí
Actividad laboral (fuente de ingresos)	Pensión	Pensión	Jubilación o pensión de vejez
Profesión u oficio	dueña de casa y jubilada		

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	\$228.000	Número serie estudiante	106.021.174
Número serie jefe de hogar	101.388.779		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

¿Tienes trabajo remunerado?	Sí	Tipo de relación contractual	Contrato a Plazo Fijo
Número de horas semanales	31 a 45 horas semanales	Ámbito laboral	Comercio
Tiempos de traslado	91 a 120 minutos		

2. Datos grupo familiar

2.1 Ingresos del grupo familiar

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

RUT Parentesco	Sueldos y/o pensión	Honorarios	Retiros	Dividendos por acciones	Intereses inmobiliarios	Ganancias de capital	Pensión alimenticia	Otros aportes de parientes	Actividades independientes	Total ingresos
204242682 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$100.000	\$0	\$0	\$100.000
80907001 Madre	\$128.885	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$128.885

Nº integrantes grupo familiar	Nº integrantes con ingresos	Total ingresos grupo familiar	Ingreso per cápita
2	1	\$228.885	\$114.443

* 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 - 80907001 - Isabel Del Carmen Álvarez Infante

Nivel educacional	Instituto profesional	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

Madre - 80907001 - Isabel Del Carmen Álvarez Infante

Tipo de endeudamiento	-Préstamos de consumo para sobrevivencia	Otro motivo de endeudamiento	-
Gasto mensual endeudamiento	\$200.000		

Número integrantes con endeudamiento	1	Total endeudamiento grupo familiar	\$200.000
--------------------------------------	---	------------------------------------	-----------

2.4 Integrantes del grupo familiar con problemas judiciales

No declara problemas judiciales

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

2.5 Antecedentes de salud del grupo familiar

Sin Información

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

2.6 Integrante del grupo familiar en situación de discapacidad

No declara discapacidad

Total gastos por discapacidad	\$0
-------------------------------	-----

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

Estudiante - 204242682 - Javiera Ignacia Navarrete Álvarez

Tipo de inmueble	-	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ÁLVAREZ	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 - 80907001 - Isabel Del Carmen Álvarez Infante

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?	-isabel del carmen álvarez infante	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 26.508.136 y \$ 27.903.300
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-3
Calle	-la higuera	Número	-1150
Nº Departamento / casa	-	Block o torre	-
Villa o población	-gacitúa	Región	-Región metropolitana
Comuna	-Isla De Maipo		

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	8.090.700-1 - isabel del carmen álvarez infante	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Pensión
Pensión	- Jubilación o pensión de vejez	Puntaje situación ocupacional	11.4

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	Fecha registro	24-01-2020 14:28:51
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$0 HASTA \$224.894	Per cápita	\$114.443
Puntaje per cápita	40	Tenencia	Propietario
Puntaje por Tenencia	1.6	Avalúo	Entre \$ 26.508.136 y \$ 27.903.300
Puntaje por avalúo	8.5	Puntaje por arriendo	0
Puntaje condicionantes sociales	20	Puntaje total evaluación	91.5

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

Viernes 24 de Enero de 2020 a las 14:29.10

Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	204242682	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	24-01-2020 14:28:54	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Javiera Ignacia	Apellido paterno	Navarrete
Apellido materno	Álvarez	Email	navarretealvarezjaviera@gmail.com
Teléfono	+56946429889	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Carrera	PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN PARVULARIA	Número matrícula	2019116117
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	NUEVO	Edad	19 años 9 meses
Fecha de nacimiento	13-04-2000	Sexo	Mujer
Género	Femenino	Estado civil	Soltero(a)
Nacionalidad Chilena	Si		

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$114.443 / DESDE \$0 HASTA \$224.894	Puntaje per cápita	40
Tenencia	Propietario	Puntaje tenencia	1.6
Puntaje arriendo	0	Tramo avalúo	Entre \$ 26.508.136 y \$ 27.903.300
Puntaje avalúo	8.5	Puntaje variables socioeconómicas	50.1

3. Situación ocupacional jefe de hogar

Rut - nombre	8.090.700-1 - isabel del carmen álvarez infante	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	No	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Pensión
Pensión	- Jubilación o pensión de vejez	Situación ocupacional	Jubilado
Puntaje situación ocupacional	11.4		

4. Condicionantes sociales

Enfermedad catastrófica o discapacidad	
Endeudamiento grave	Si

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	
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	Sí
Alumno que tenga hijos a su cargo	
Familia uniparental	Sí
Alumno solo (desvinculado)	
Grupo familiar numeroso	
Grupo familiar pequeño	Sí
Hacinamiento	
Total puntaje condicionantes sociales	20

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Carmen Gloria Neira	Fecha registro	24-01-2020 14:28:51
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	91.5
----------------------------	------

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 DE 15 DE NOVIEMBRE DE 2019.

I.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO:

Navarrete Alvarez Javiera Ignacia P: 915
20.424.268-2

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUT

13/04/2000 +56946439889 navarretejaviera@gmail.com 20.424.268-2

FECHA DE NACIMIENTO CELULAR ALUMNO EMAIL CARRERA

La higuera 1150, Gacitúa Isla de Maipo M

DOMICILIO FAMILIAR (EN CASO DE PROVENIR DE REGIÓN) COMUNA REGIÓN DE PROCEDENCIA TELÉFONO

La higuera 1150, Gacitúa Isla de Maipo

DIRECCIÓN PERÍODO ACADÉMICO COMUNA 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 HUO 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, INCLUIDO ALUMNO) (02)

	RUT	NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	ACTIVIDAD	PREV. SALUD	INGRESOS
1	8.090.700-1	Isabel Alvarez Infante	60	Separada	Mamá	Jubilada	Fonasa	128.000
2	20.424.268-2	Javiera Navarrete	19	Soltera		Estudiante	Fonasa	100.000
3								
4								
5								
6								

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

PROPIA/ AVALÚO \$ 6.303.324,2 ARRIENDA/MONTO \$ _____ USUFRUCTUARIO/AVALÚO \$ _____

DIVIDENDOS/MONTO \$ 9.990.652 ARRIENDA PIEZA/MONTO \$ _____ ALLEGADOS/AVALÚO \$ _____

AVALÚO \$ _____

PARENTESCO CON PROPIETARIO

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

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

V.- ANTECEDENTES SOCIALES

ENFERMEDAD CATASTRÓFICA O DISCAPACIDAD ALUMNO CON GASTO EXTRA LOCOMOCIÓN FAMILIA UNIPARENTAL

ENDEUDAMIENTO GRAVE ALUMNO 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

ALUMNO CON HIJO/S A SU CARGO

FAMILIA MÁS DE 7 INTEGRANTES

PROBLEMAS DE ALCOHOL/DROGAS

ALUMNO SOL@

OTRO

PROBLEMAS JUDICIALES

INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTUDIA, EXCLUIDO EL ALUMNO: N° ESTUDIANTES E. BÁSICA/MEDIA ☐

N° ESTUDIANTES ED. SUPERIOR ☐

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:

Isabel Alvarez

2.- NOMBRE Y TELÉFONO:

+56858978156



CARTOLA HOGAR

REGISTRO SOCIAL DE HOGARES

El Ministerio de Desarrollo Social, certifica que el/la sr/sra; **ISABEL DEL CARMEN ÁLVAREZ INFANTE**, RUN N° 8090700-1, es parte del Registro Social de Hogares N° 40168267 y la información registrada se indica a continuación:

Información del domicilio del hogar

Calle: LA HIGUERA
Número: 1150
Población/Villa:
Comuna: ISLA DE MAIPO

Block: Depto: Casa:

Región: METROPOLITANA DE SANTIAGO

Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

Integrantes de hogar: 2 personas

RUN	Nombre
8090XXX-X	ISABEL DEL CARMEN ÁLVAREZ INFANTE
20424XXX-X	JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ÁLVAREZ

Parentesco con el jefe/a de hogar

1. Jefe(a) de hogar

99. Por Definir

Información declarada por el informante Ficha de Protección Social

Ingreso promedio mensual del hogar

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

Fuente de ingreso

Ingreso del trabajo
Ingreso de pensiones
Ingreso de capital
Total de ingresos del hogar

Rango de Ingresos

Entre \$40.000 y \$90.000
Menor que \$50.000
Menor que \$50.000
Entre \$40.000 y \$90.000

Características integrantes del hogar

1. Menores de 18 años: 0
2. De 60 años y más: 0
3. Dependencia o discapacidad: 0

Mayor
Vulnerabilidad
Menores
Ingresos

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

Menor
Vulnerabilidad
Mayores
Ingresos

Su hogar está calificado entre el 0% y el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Fuente del Dato: Registro Social de Hogares - 09/09/2019

Datos complementarios que influyeron en la calificación del hogar

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 22 de Agosto de 2019 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 Octubre 2019

Se le 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 sección Mi Registro de la página web www.registrosocial.gob.cl o dirigirse a su Municipalidad para solicitar su actualización.
Fecha de emisión: 09 de Septiembre de 2019

registrosocial.gob.cl 800 104 777 oficinas Chile Atiende Municipalidad



CERTIFICADO

FONDO NACIONAL DE SALUD certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **JAVIERA IGNARRETE ÁLVAREZ**, RUN 20424268-2, 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 certificado.

Entiende 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 de Emisión: 24/01/2020
Número de Verificación: 711597133



REPUBLICA DE CHILE



74605860

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : TALAGANTE
Nro. inscripción : 518 Registro : Año : 2000
Nombre inscrito : JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ÁLVAREZ
R.U.N. : 20.424.268-2
Fecha nacimiento : 13 Abril 2000
Sexo : Femenino
Nombre del padre : DAVID ANTONIO NAVARRETE FUENTES
R.U.N. del padre : 9.882.851-6
Nombre de la madre : ISABEL DEL CARMEN ÁLVAREZ INFANTE
R.U.N. de la madre : 8.090.700-1

FECHA EMISIÓN: 7 Enero 2020, 11:51.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710

Impreso en: ISLA DE MAIPO

REGION : METROPOLITANA

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

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



Timbre electrónico SRCel



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

DECLARACIÓN DE PENSIÓN DE ALIMENTOS INFORMAL

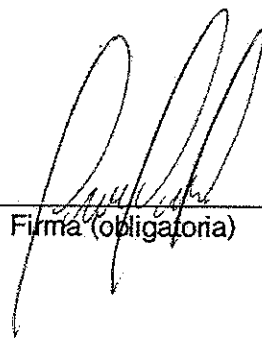
Este documento debe ser completado por el padre o madre que no forma parte del grupo familiar que realiza aporte económico por concepto de pensión de alimentos para el(los) hijo(s), pero que no ha regularizado el trámite vía Tribunal de Familia.

Yo DAVID NAUASQUE (Nombre de quien entrega la pensión), RUT 9882851-6
PADRE (padre o madre), declaro que entrego la suma de \$ 100.000 como aporte para la
 mantención de mi(s) hijo(s) JAVIERA NAUASQUE (Nombrar a los hijos en común)
 y que no hemos realizado el trámite correspondiente para legalizar la pensión de alimentos ante el
 Juzgado de Familia.

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

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

Concepto	Gasto
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
TOTAL	


 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.

CONTRATO DE TRABAJO

Entre

Vendedor kiosko: Javiera Ignacia Navarrete Alvarez

y

Distribuidora Las Parcelas Limitada

En Isla de Maipo, a 16 de Diciembre de 2019, entre Distribuidora Las Parcela Limitada, R.U.T. 76.775.355-1, con domicilio en Camino Las Parcelas N° 31-B, Isla de Maipo, representada legalmente por Juan Miguel Arraztoa Larenas, cédula nacional de identidad N° 12.061.639-0, en adelante el "Empleador" por una parte y por la otra:

Javiera Ignacia Navarrete Alvarez, cédula nacional de identidad N° 20.424.268-2, nacionalidad: Chilena, estado civil: Soltero, fecha de nacimiento: 13 de Abril de 2000, domiciliado en La Higuera 1150 Gacitua, comuna de Isla de Maipo, en adelante el "Empleado", se ha convenido el siguiente CONTRATO DE TRABAJO, para cuyos efectos las partes han convenido denominarse "Empleador" y "Empleado" respectivamente.

PRIMERO: Cargo y funciones. El Trabajador se compromete a prestar en adelante sus servicios personales a la empresa Distribuidora Las Parcelas Limitada, en adelante "el kiosko", debiendo realizar las funciones propias del cargo que le sean impartidas por el empleador. En especial, deberá:

- Vender los productos que se oferten en el kiosko.
- Mantener ordenado los kioscos y sus equipos.
- Controlar los stocks y movilizar la mercancía.
- Mantener limpio y en condiciones de inocuidad necesarios.

Las labores las desarrollará en el establecimiento ubicado en Av. Las Parcelas 31-B, comuna de Isla de Maipo, sin perjuicio de ser trasladado a otros establecimientos, dentro de la misma ciudad, si las necesidades de la empresa lo requieren y no importen menoscabo al trabajador.

Las funciones a desarrollar comprenden las propias e inherentes al cargo, así como también aquellas relacionadas o indirectamente con el mismo o que la Empleadora pueda encomendar. Dichos servicios deberán prestarse a entera y total satisfacción de la Empleadora, en forma exclusiva, mediante el cumplimiento de todas y de cada una de las leyes o instrucciones y prácticas presentes o futuras de la Empleadora que estén o no contenidas en el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, Manuales para el mejor desarrollo de sus funciones que las jefaturas le entreguen o que estén a su disposición para su consulta en la empresa.

SEGUNDO: Jornada de Trabajo.

La jornada de trabajo será de 45 horas semanales y se distribuirá de lunes a domingo, con sus correspondientes días descanso, de conformidad con el N° 7 del artículo 38 del Código del Trabajo. El horario de trabajo será distribuido entre las 08:30 y las 19:30 horas, con una interrupción de 90 minutos.

minutos para colación. El tiempo destinado a colación no se considerará trabajado para enterar la duración de la jornada de trabajo. El horario en el cual se otorgue este periodo de colación será flexible, debiendo considerar las necesidades del servicio

TERCERO: Remuneración. El empleador se obliga a remunerar mensualmente al trabajador de la siguiente forma: 1) Sueldo base bruto \$ 301.000 mensuales.

2) Asignación de movilización por \$31.500 mensuales.

3) Asignación de colación por \$65.500 mensuales.

4) Anticipo de gratificación por \$15.194 mensuales.

La remuneración se pagará por mensualidades vencidas el último día del mes, previa deducción de los descuentos previsionales, tributarios u otros que legalmente proceda y los que el trabajador autorice, que digan relación con cuotas por préstamos o dividendos y obligaciones con instituciones de previsión o cajas de compensación.

El trabajador, asimismo acepta y autoriza al empleador para que le descuente el tiempo no trabajado debido a inasistencia o permisos y, además, la rebaja del monto de las multas establecidas en el reglamento interno de orden, higiene y seguridad en de que procedieren.

El pago de las remuneraciones se efectuará en el domicilio de la Empleadora. La Empleadora podrá depositar las remuneraciones en una cuenta que para estos fines obtenga la empresa y para uso exclusivo del Trabajador, o en cuenta Rut o cuenta Vista, circunstancia que éste último autoriza y acepta.

CUARTO: Obligaciones y prohibiciones del trabajador. En el desempeño de sus funciones el Trabajador se obliga a que en el desempeño de sus labores deberá cumplir estrictamente con todas las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno de la Empleadora que en este acto declara conocer y recibir; en otros reglamentos, manuales o instructivos actuales o futuros de la Empleadora así como con las instrucciones verbales o escritas que pueda de tiempo en tiempo recibir de sus superiores obligándose en consecuencia, a ejecutar los trabajos que se le encomienden en la forma más eficaz posible obrando para ello con la mayor diligencia y dedicación.

DEL ACCESO Y USO DE INTERNET, INTRANET Y APLICACIONES INFORMÁTICAS.

a) El trabajador se compromete a dar uso responsable y profesional a las plataformas de conectividad a servicios de internet. Asimismo, debe hacer uso de las aplicaciones informáticas internas de la empresa diseñadas y perfiladas en conformidad con las funciones de su cargo. Como usuario de internet debe respetar en todo momento el derecho de propiedad intelectual, la seguridad de los sistemas de terceros y la privacidad ajena. El trabajador debe cumplir con todos los procedimientos de acceso establecidos por la empresa, incluyendo el uso de sistemas de autenticación de usuario asignado, y será el único responsable del uso de su contraseña o usuario.

b) Está prohibida la cesión de contraseñas que permiten la autenticación y el acceso a sistemas informáticos; cuentas de correo electrónico, o cualquier tipo de aplicación instalada en los computadores asignados en el ejercicio de su cargo. Tampoco pueden utilizarse de forma compartida entre dos o más empleados. El trabajador debe hacer uso de software debidamente licenciado por la empresa. Está prohibido ejecutar descargas, instalaciones de software o ejecutar copias de aplicaciones licenciadas sin aprobación del concesionario.

QUINTO: Canal de comunicación. El trabajador consiente expresamente que toda su documentación laboral (liquidaciones de remuneración, comprobantes de descuentos, cartas de amonestación, entrega de procedimientos, notificaciones de asistencia, etc.) sea confeccionada, procesada y remitida de manera electrónica inmediatamente de firmada o emitida por el empleador, a su casilla particular navarretealvarezjaviera@gmail.com

SEXTO: Domicilio: Para todos los efectos las partes fijan domicilio en la ciudad de Talagante.

SEPTIMO: Fecha de ingreso: Para todos los efectos legales se deja constancia que el Trabajador ingresó al servicio el 16 de Diciembre de 2019

OCTAVO: Duración del contrato: El presente contrato es de plazo fijo y durará hasta el 26 de Enero de 2020 o terminará cuando concurran para ello causas justificadas en conformidad a las leyes vigentes sobre la materia.

NOVENO: El presente contrato se firma en dos ejemplares del mismo tenor, dejando expresa constancia que en este acto el trabajador recibe uno de ellos. Se entienden incorporadas al presente contrato todas las disposiciones legales que se dicten con posterioridad a la fecha de suscripción y que tenga relación con él.



JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ-20.424.268-2

Firma Empleado
Rut: 20.424.268-2

Firma Empleador
Rut: 76.775.355-1

Digitally signed by Juan Miguel
Arraztoa Larénas
Date: 2019.12.19 12:55:02 UTC

LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

SUCURSAL:	CASA MATRIZ	MES:	DICIEMBRE DE 2019
EMPRESA :	[222] DISTRIBUIDORA LAS PARCELAS LIMITADA		
R.U.T :	76.775.355-1		
TRABAJADOR SR(a):	JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ		
R.U.T :	20424268-2	CODIGO:	00025
FECHA CONTRATO:	16/12/2019	CENTRO DE COSTO:	CASA MATRIZ
CARGO :	Vendedor Kiosko		

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 28.309,94

DIAS TRABAJADOS : 16

TOPE IMPON.: 2.242.147

TOPE SALUD : 2.242.147

===== H A B E R E S =====

SUELDO BASE	160.533
10,00 HORAS EXTRAS NORMALES (50,00)%	23.411
GRATIFICACION	7.842
=====	
** TOTAL IMPONIBLE ** \$	191.786
COLACION	34.933
MOVILIZACION	16.800
=====	
** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$	51.733
** TOTAL HABERES ** \$	243.519

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

A.F.P. MODELO 10,77	20.655
FONASA	13.425
=====	
** TOTAL DESCUENTOS ** \$	34.080
=====	
** ALCANCE LIQUIDO ** \$	209.439
** TOTAL ANTICIPOS ** \$	0
** TOTAL A PAGAR ** \$	209.439

Son: Doscientos Nueve Mil Cuatrocientos Treinta y Nueve Pesos.

Certifico que he recibido de [222] DISTRIBUIDORA LAS PARCELAS LIMITADA la suma de \$ 209.439,00 (Doscientos Nueve Mil Cuatrocientos Treinta y Nueve Pesos) en concepto de pago de remuneraciones correspondientes al mes de Diciembre del 2019, satisfaciéndome el Saldo indicado en la presente liquidación, comprometiéndome a no hacer posteriores reclamos.

, a mi entera
cargo ni cobro



NOMBRE-27DG2819-ASB8-4256-97D9-7758BFF95C07

FECHA DE EMISION : 30/12/2019

Recibí Conforme



SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

APELLIDOS

NOMBRES

NACIONALIDAD

CHILENA

FECHA DE NACIMIENTO

01 OCT 1959

FECHA DE EMISIÓN

09 SEPT 2019

FIRMA DEL TITULAR

Shard



23074-5F

INCHL5200212758S09<<<<<<<<<<
5910014F2910013CHL8090700<1<<2
ALVAREZ<INFANTE<<ISABEL<DEL<CA



REPUBLICA DE CHILE

Código Verificación:
0af98b5d1228



74605924

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : MELIPILLA
Nro. inscripción : 1.462 Registro : Año : 1959
Nombre inscrito : ISABEL DEL CARMEN ÁLVAREZ INFANTE
R.U.N. : 8.090.700-1
Fecha nacimiento : 1 Octubre 1959
Sexo : Femenino
Nombre del padre : SAMUEL ERNESTO ALVAREZ VERGARA
Nombre de la madre: ELODIA INFANTE

FECHA EMISIÓN:

7 Enero 2020, 11:52.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710

Impreso en: ISLA DE MAIPO

REGION : METROPOLITANA

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

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



Timbre electrónico SRCel




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

1823402

RUN : 8090700-1

EBW+8Q

www.registrocivil.gob.cl

SEÑOR (A)
ALVAREZ INFANTE ISABEL DE
LA HIGUERA 1150
ISLA DE MAIPO - SANTIAGO
9547043249

Franqueo convenido
Resol. exenta N° 1387
del 13- 10- 83
Central Clasificadora
Santiago - 1
Santiago - 21

AFP
PlanVital

LIQUIDACION DE PAGO DE PENSION

RECEPTOR	
RUT : 8090700-1	NOMBRE : ALVAREZ INFANTE ISABEL DE

CAUSANTE	
RUT : 8090700-1	NOMBRE : ALVAREZ INFANTE ISABEL DEL CARMEN

FECHA PAGO	PERIODO PAGO	PENSION UF	VALOR U.F.	Nº CARGAS	PROX.PAGO
19/11/2019	NOV 2019	4,92	28.139,99	0	20/12/2019

TIPO PENSION	MODALIDAD DE PENSION	CIA DE SEGURO	SALUD
VEJEZ EDAD	RETIRO PROGRAMADO	FDO.PENSIONES	FONASA

HABERES	DESCUENTOS
PENSION \$ 138.586	COTIZACION SALUD \$ 9.701
GARANTIA EST. \$ 0	BONIFICACION FISCAL SALUD, LEY 20531 \$ 0
COMPLEMENTO A PENSION MINIMA \$ 0	BONIFICACION FISCAL SALUD, LEY 20531, \$ 0
APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO \$ 0	OTROS MESES \$ 0
OTROS HABERES \$ 0	TOTAL COTIZACION LEGAL SALUD A PAGAR \$ 9.701
	COTIZACION ADICIONAL DE SALUD \$ 0
	IMPUESTOS \$ 0
	APORTE C.C.A.F. \$ 0
	COMISION \$ 0
	OTROS DESC. \$ 0
	CREDITO COOPERATIVA \$ 0
	AHORRO COOPERATIVA \$ 0
	CUOTA PARTIC. COOPERATIVA \$ 0
	CUOTA SOCIO COOPERATIVA \$ 0
TOTAL HABERES \$ 138.586	TOTAL DESCUENTOS \$ 9.701

PENSION NETA	\$ 128.885
ASIGNACION FAMILIAR	\$ 0
MONTO LIQUIDO A PAGAR	\$ 128.885 ✓

BANCO:	CTA. Nº :
--------	-----------

MENSAJE A.F.P.	
Esta Liquidación corresponde al mes NOV 2019	

SOLICITUD DE PENSION DE VEJEZ EDAD

Fecha Solicitud 01-10-2019
N° de Solicitud 603719
Agencia 56-MAIPU

IDENTIFICACION DEL AFILIADO

Nombre ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE		Cédula de Identidad 8.090.700-1	Fec.Nacimiento 01-10-1959	Sexo Femenino
Dirección, Región, Comuna, Ciudad LA HIGUERA 1150 REGION METROPOLITANA SANTIAGO			Condición Laboral Desempleado	
Profesión NO INFORMADA	E-Mail isabel.alvarez.infante@gmail.com		Institución de Salud FONASA	
Teléfono Celular 958978156	Teléfono Domicilio 995370566	Teléfono Oficina	Edad Cumplida 60	Estado Civil DIVORCIADO

SOLICITUD

Con esta fecha solicito a AFP PLANVITAL S.A., el pago de las pensiones que establece el D.L. 3.500 de 1980



Firma ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

PAGO PRELIMINAR

¿Desea recibir pago preliminar?

SI

ANTECEDENTES DEL AFILIADO

- Desea que su pensión se ajuste a la mínima si fuese necesario? SI
- Solicita APS (solo para afiliados con 65 años cumplidos) NO
- ¿Desea que su pensión se ajuste a la pensión básica solidaria, si resulta inferior a ella? NO
- ¿ Solicita Cambio de Fondo ? NO
- ¿ Recibe pensión del antiguo sistema ? NO
- ¿ Recibe pensión de invalidez parcial de acuerdo al D.L. 3.500 ? NO
- ¿ Solicita cálculo de excedente de libre disposición ? SI
- ¿ Transfiere fondos desde su cuenta de ahorro voluntario para pensión? NO
- Traspasará de la Cuenta de Cotizaciones Voluntarias que mantiene en AFP PLANVITAL S.A. NO
- Tiene Cuenta de Seguro de Cesantía NO
- Destinará Cuenta de Seguro de Cesantía al Financiamiento de su Pensión NO
- Traspasará el saldo del Ahorro Previsional Voluntario desde otras Intituciones NO
- Traspasará fondos de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo en otra AFP y/o Institucion Autorizada NO
- Tiene Depósitos Convenidos en otras AFP o Instituciones autorizadas NO
- ¿ Suscribe SCA del Bono ? NO
- ¿ Desea Pago Retroactivo ? SI
- ¿Afecto al estatuto administrativo ley 18.834 o Leyes 18.863, 19.070, 19.378 o Art. 332, numero 6 del código orgánico de tribunales, respecto de los cuales la obtención de pensión implica cesación en el cargo? NO
- Tiene Cotizaciones en otro Pais NO
- Tiene períodos de residencia en otro país NO
- Desea que sus datos personales, nombre, Rut, dirección, saldo cuenta capitalización individual, bono de reconocimiento y los datos de sus beneficiarios de pensión aparezcan en un listado publico de información. NO

OBSERVACIONES

SOLICITA QUE SUS PAGOS SEAN DEPOSITADOS EN SU CUENTA RUT DEL BANCO ESTADO 8090700.-

Firma Responsable AFP

Declaración de Beneficiarios

I. Identificación del Afiliado

Cédula de Identidad : 8.090.700-1
Nombre : ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE
Beneficio Solicitado : VEJEZ EDAD
N° de Solicitud : 603719
Fecha de Solicitud : 01/10/2019

II. Declaración Jurada Simple

Yo ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE, Cédula de Identidad 8.090.700-1, juro que los datos proporcionados a continuación son de expresión fiel de la verdad y asumo la responsabilidad legal correspondiente.

(El artículo 13 del D.L. 3500 establece penas de presidio para aquellos afiliados que ocultaren o falsearen ante la Administradora la existencia de sus eventuales beneficiarios. La presentación de una persona que tenga derecho a percibir pensión de sobrevivencia, excluido de esta declaración, podrá provocar un perjuicio al afiliado y a sus beneficiarios, declarados, pues de acuerdo al artículo 70 del mismo cuerpo legal, las pensiones determinadas inicialmente deberán repartirse, reduciéndose por tanto el monto de las pensiones originalmente obtenidas).

III. Declaración de Beneficiarios

Datos del Hijo

N° Beneficiario : 1
Nombre : JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ
Relación de Parentesco : HIJO
Cédula Identidad : 20.424.268-2
Fecha Nacimiento : 13/04/2000
Sexo : Femenino
Grupo Familiar : 2
Estado Civil : Soltero
Dirección : LA HIGUERA 1150
Comuna : ISLA DE MAIPO
Ciudad : SANTIAGO
Tipo Actividad :
Institución :
R.U.T. Tutor :
Nombre Tutor :
Dirección Tutor :


FIRMA

OBSERVACIONES

En caso que deba acreditarse un matrimonio deberá indicar fecha y circunscripción para que la AFP pueda solicitar el certificado de matrimonio al servicio de registro civil e identificación.

En el caso del hijo por nacer con al menos cinco meses de gestación, se requerirá la respectiva certificación médica.

NOTAS:

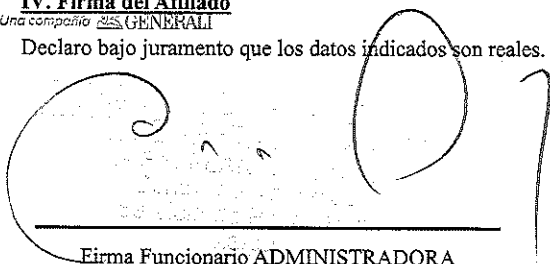
Los depósitos convenidos enterados o los depósitos de ahorro previsional voluntario colectivo en otra AFP o Institución autorizada deberán ser traspasos por el afiliado a su cuenta individual de modo que formen parte del financiamiento de su pensión.

Asimismo tiene el derecho autorizar el financiamiento de su pensión los recursos originados por cotizaciones voluntarias y/o depósitos de ahorro previsional voluntario que estime conveniente.

AFP

PlanVital
IV. Firma del Afiliado
Una compañía GENERALI

Declaro bajo juramento que los datos indicados son reales.



Firma Funcionario ADMINISTRADORA
AFP PLANVITAL S.A.



Firma
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

Declaración Jurada Soltería Hijo

Fecha 01-10-2019

Agencia 56-MAIPU

I. Identificación del Afiliado

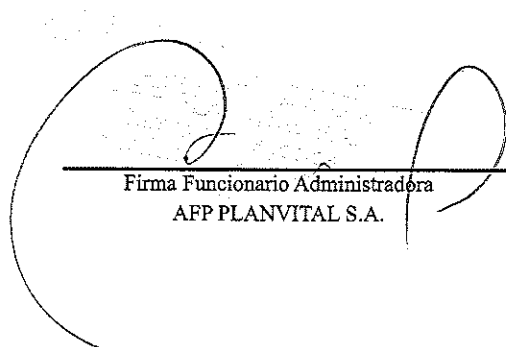
Nombre ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE	Cédula de Identidad 8.090.700-1
Beneficio Solicitado VEJEZ EDAD	Fecha de Solicitud 01/10/2019

II. Declaración Jurada Simple

Declaro que mi(s) hijo(s) individualizados a continuación son solteros(as).

Cédula de Identidad	Nombre	Fecha Nacimiento
20.424.268-2	JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ	13/04/2000


Firma
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE


Firma Funcionario Administradora
AFP PLANVITAL S.A.

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE PERÍODOS NO COTIZADOS

Fecha 01-10-2019
Agencia 56-MAIPU

I. Afiliado

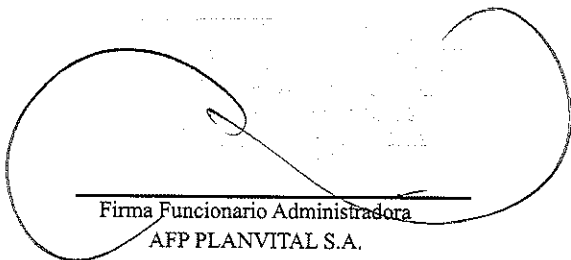
Nombre ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE	Cédula de Identidad 8.090.700-1
Tipo Pensión VEJEZ EDAD	

Yo ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE, Cédula de Identidad 8.090.700-1, en mi calidad de Causante, por el presente instrumento, vengo en declarar que el afiliado de AFP PLANVITAL S.A., individualizado en la parte superior de este documento, no se desempeñó como trabajador dependiente ni percibió remuneraciones, subsidios ni rentas por las cuales debieran enterarse cotizaciones previsionales. durante los períodos detallados a continuación.

Períodos

| 09/2019 | 08/2019 | 07/2019 | 06/2019 | 05/2019 | 04/2019 | 03/2019 | 02/2019 | 01/2019
| 12/2018 | 11/2018 | 10/2018 | 09/2018 | 08/2018 | 07/2018 | 06/2018 | 05/2018 | 04/2018
| 07/2016

Declaro además, conocer las disposiciones legales contenida en el artículo 13 del D.L 3500 de 1980, que establece penas de presidio para quienes proporcionaren antecedentes falsos para facilitar la obtención indebida de beneficios para sí o para terceros.


Firma Funcionario Administradora
AFP PLANVITAL S.A.


Firma
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

Encargado Beneficio ROSSANA GARCIA HUIDOBRO	Código SAFF 	Firma Encargado
---	------------------------	----------------------------

GUÍA DE REMISIÓN - UNIDAD DE BENEFICIOS

Fecha 01-10-2019

Agencia 56-MAIPU

Nombre Afiliado ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE	Cédula de Identidad 8.090.700-1
Beneficio Solicitado VEJEZ EDAD	Fecha Solicitud 01/10/2019

Documentos Remitidos
Solicitud de Pensión
Declaración de Beneficiarios
Declaración de Soltería de Beneficiarios
Declaración de Periodos no Cotizados
Guía de Remisión - Unidad de Beneficios
Reconocimiento al Derecho a la Pensión
SBR sin Derecho
Inventario con Documentos Entregados y Faltantes
Declaración Jurada de Cesantía
CERTIFICADO DE NACIMIENTO AFILIADO Beneficiario : ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE (CAUSANTE)
CERTIFICADO ALUMNO REGULAR HIJO 18 - 24 Beneficiario : JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ (HIJO)
CERTIFICADO DE NACIMIENTO HIJOS Beneficiario : JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ (HIJO)
DECL. DE SOLTERIA BENEF.FEM.+12,MAS.+14 Beneficiario : JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ (HIJO)

Total de Documentos :13


Firma
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA PENSION

Fecha 01-10-2019
 Agencia 56-MAIPU

AFP PLANVITAL S.A. , certifica que nuestra afiliada Sra. ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE, Cédula de Identidad 8.090.700-1, ha cumplido todos los requisitos para tener derecho a la pensión de VEJEZ EDAD, y los ha acreditado ante esta Administradora mediante documentación establecida en la legislación y normativa vigentes.

La fecha de inicio del pago preliminar (disponibilidad del primer pago), será el . Se informa al afiliado sobre la posible variación de la mensualidad de su pensión, por su situación previsional específica, más abajo indicada, y del próximo ejercicio de su opción por alguna de las modalidades de pago establecidas en el Art. 81 del D.L. 3.500.

SITUACION PREVISIONAL DEL AFILIADO

1.- INFORME DE LA CUENTA PERSONAL

Tipo Producto	Fondo	Cuota
CUENTA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL DE COTIZACIONES OBLIGATORIAS	FONDO D	911,05

Período de última cotización abonada : 01-02-2011

2.- SITUACION DEL BONO DE RECONOCIMIENTO

Ultimo estado registrado :
 Solicitud de Bono enviada a cálculo el :
 Monto nominal a :
 Monto actualizado al :

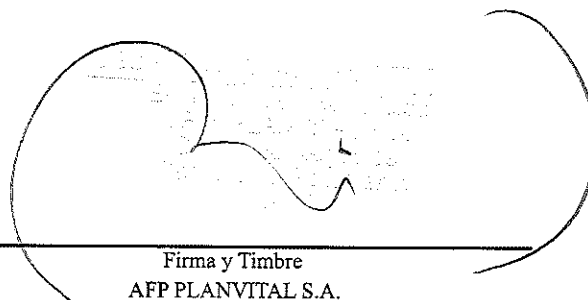
3.- REGISTRA RECLAMO CIRCULAR N° 650

SI ☐ NO ☒



Firma

ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE



Firma y Timbre

AFP PLANVITAL S.A.

DECLARACION SIN DERECHO A BONO DE RECONOCIMIENTO

Fecha 01-10-2019

Agencia 56-MAIPU

I. Identificación del Afiliado

Nombre		Cédula de Identidad
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE		8.090.700-1
Beneficio Solicitado	Fecha de Solicitud	Fecha de Declaración
VEJEZ EDAD	01/10/2019	01/10/2019

II. Declaración Jurada Simple

Declaro mediante el presente documento, a la AFP PLANVITAL S.A., que no poseo derecho al bono de reconocimiento, debido a que no he realizado imposiciones en el antiguo sistema.

Este acto lo realizo como uno de los pasos necesarios para mi solicitud de pensión de VEJEZ EDAD en la administradora.

Firma Funcionario
AFP PLANVITAL S.A.

Firma Afiliado
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

INVENTARIO CON DOCUMENTOS ENTREGADOS Y FALTANTES

Fecha 01-10-2019
 Agencia 56-MAIPU

Declaro que estoy en conocimiento que mientras los documentos faltantes no sean aportados, el trámite de pensión estará esperando por ellos.

Nombre Afiliado		Cédula de Identidad
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE		8.090.700-1
Beneficio Solicitado	Fecha Solicitud	N° de Solicitud
VEJEZ EDAD	01/10/2019	603719

EL AFILIADO NO REGISTRA DOCUMENTOS FALTANTES

Documentos	Nombre Beneficiario	Estado
CERTIFICADO ALUMNO REGULAR HIJO 18 - 24	JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ	Aportado
CERTIFICADO DE NACIMIENTO HIJOS	JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ	Aportado
DECL. DE SOLTERIA BENEF.FEM.+12,MAS .+14	JAVIERA IGNACIA NAVARRETE ALVAREZ	Aportado


 Firma

Declaración Jurada de Cesantía

Fecha 01-10-2019

Agencia 56-MAIPU

I. Identificación del Afiliado

Nombre		Cédula de Identidad
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE		8.090.700-1
Beneficio Solicitado	Fecha de Solicitud	Fecha de Declaración
VEJEZ EDAD	01/10/2019	01/10/2019

II. Declaración Jurada Simple

Declaro no registrar movimientos en mi Cuenta de Capitalización Individual, desde 31/03/2018 hasta por encontrarme cesante.

Firma Funcionario
AFP PLANVITAL S.A.


Firma Afiliado
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

ruta TRAMITE DE PENSION VEJEZ EDAD

Tiempos involucrados respecto de las etapas del proceso y todas las acciones que debe efectuar un afiliado hasta obtener el beneficio.

Con Bono de Reconocimiento

Se ha determinado que en el Sistema de AFP, el promedio de los plazos en el trámite de las solicitudes de pensión de vejez edad, cuando se envía a liquidar el Bono de Reconocimiento alcanza a **138 días corridos aproximados**.

	60 días	14 días	35 días	15 días	14 días
Fecha presentación de la Solicitud.	Gestión de liquidación del Bono de Reconocimiento desde cumplimiento de la edad legal.	Emisión Certificado de Saldo	Plazo máximo de acceso al sistema SCOMP y/o inicio Solicitud de Ofertas	Plazo Máximo Aceptación de Ofertas en SCOMP y Selección de Modalidad	Pago

Sin Bono de Reconocimiento o con Bono de Reconocimiento liquidado

Se ha determinado que en el Sistema de AFP, el promedio de los plazos en el trámite de las solicitudes de pensión de vejez edad, sin Bono de Reconocimiento alcanza a **78 días corridos aproximados**.

	14 días	35 días	15 días	14 días
Fecha presentación de la Solicitud.	Emisión Certificado de Saldo	Plazo máximo de acceso al sistema SCOMP y/o inicio Solicitud de Ofertas	Plazo Máximo Aceptación de Ofertas en SCOMP y Selección de Modalidad	Pago

Constancia: Las actividades y tiempos utilizados en este informe corresponden a plazos promedios, por consiguiente, pueden variar y/o disminuir debido a que pueden existir acciones del trámite de pensión ya finiquitadas.

**NOTIFICACION EFECTUADA AL AFILIADO AL MOMENTO DE SUSCRIBIR SU SOLICITUD
DE PENSION DE VEJEZ**

Antecedentes del Causante

Nombre Causante	ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE
Rut Causante	8.090.700-1
Tipo de Pensión	VEJEZ EDAD

Certifico que AFP PLANVITAL S.A. al momento de la suscripción de la Solicitud de pensión, me ha informado sobre las siguientes materias:

Sobre los requisitos para acogerse a Pensión de Vejez

1. Caso General

Tienen derecho a pensión de vejez los afiliados que han cumplido 65 años si son hombres y 60 años si son mujeres.

2. Situación especial

Los afiliados que desempeñen o han desempeñado labores calificadas como pesadas y no cumplen los requisitos para pensionarse anticipadamente, tienen derecho a una rebaja de la edad legal de:

- 2 años por cada 5 que efectuaron la cotización del 2%, con un tope de 10 años, o
- 1 un año por cada 5 que efectuaron la cotización del 1%, con un tope de 5 años.

La cotización es la que señala el artículo 17 bis del D.L. 3.500, de 1980 y procede la rebaja solo si al acogerse a pensión tienen un total de 20 años de cotizaciones o servicios computables en cualquiera de los Sistemas Previsionales.

La rebaja de la edad legal, se determina en meses, de acuerdo a lo siguiente, siendo N el número de meses en que se efectuó la respectiva cotización:

- Si se efectuó la cotización del 2%, la rebaja de meses es igual a $0,4 \times N$.

Ejemplo:

Si el trabajador efectúa la cotización del 2% durante 40 meses, la rebaja es igual a $0,4 \times 40$
→ 16 meses → 1 año 4 meses.

- Si se efectuó la cotización del 1%, la rebaja de meses es igual a $0,2 \times N$.

Ejemplo:

Si el trabajador efectúa la cotización del 1% durante 40 meses, la rebaja es igual a $0,2 \times 40$
→ 8 meses.

Los decimales iguales o superiores a 5 se aproximan a la unidad más próxima y los inferiores se desprecian.

Por lo tanto, la edad legal para pensionarse por vejez de estos afiliados corresponde a la que resulte de restar a 65 o 60 años, el número de meses que corresponda de acuerdo al cálculo anterior.

Los afiliados que se encuentren con su Documento Bono de Reconocimiento sin liquidar, pueden pensionarse por la Modalidad de Pensión Retiro Programado o Renta Vitalicia, pero para esto último deben transar el documento en el Mercado Secundario Formal o endosarlo a una Compañía de Seguros. También pueden acogerse a la modalidad Retiro Programado Sin Endoso del Bono de Reconocimiento.

Por tratarse de un anticipo de la edad legal para pensionarse por vejez, la pensión no está condicionada a cumplir con los requisitos que establece el artículo 68 del D.L .N° 3.500 para anticipar.

El precio mínimo del documento Bono para transarse en Bolsa está dado por el precio de mercado.

Sobre el derecho a Desafiliación del Sistema

Si usted no tiene derecho a Bono de Reconocimiento o tiene un Bono de Reconocimiento Alternativa 3 de Cálculo y reúne además 60 meses de cotizaciones anteriores a julio de 1979, antes de continuar con su trámite de pensión, le conviene consultar si cumple con los requisitos para desafiliarse del Sistema y si tiene derecho a pensionarse en el Antiguo Sistema Previsional.

Alternativa 3: registra cotizaciones en alguna Caja de Previsión, desde julio de 1979 hasta la fecha de ingreso al Sistema.

Sobre la declaración de Beneficiarios

El Artículo 13 del D.L. 3.500 de 1980, indica que los que con el objeto de obtener o facilitar la obtención indebida de los beneficios establecidos por éste para sí o para terceros, ocultan la identidad de todos o alguno de sus beneficiarios, proporcionan antecedentes falsos o dolosamente ocultan antecedentes fidedignos en perjuicio de una Administradora, de una Compañía de Seguros o del Fisco, serán sancionados con las penas que establece el Artículo 467 del Código Penal.

Beneficiarios

- El o la cónyuge.
- La cónyuge cuyo matrimonio ha sido declarado nulo por sentencia judicial fundada en la aplicación de la Ley de Matrimonio Civil de 10 de enero de 1884.
- El o la Conviviente Civil.
- La madre o el padre de hijos de filiación no matrimonial.
- Los hijos solteros menores de 18 años de edad, o estudiantes en cursos regulares de enseñanza básica, media, técnica o superior, en Chile o en el extranjero en instituciones reconocidas por el Ministerio de Educación si son mayores de 18 años de edad y menores de 24 o, inválidos, en los términos establecidos en el artículo 4° del DL 3.500.
- Los padres, si no existe ninguno de los beneficiarios antes mencionados, y son causantes de asignación familiar.

Sobre el Pago Preliminar

Si usted opta por percibir pago preliminar de pensión, éste se efectuará a más tardar a los 10 días hábiles contado desde la fecha de suscripción de la Solicitud de Pensión.

Los afiliados afectos a normas estatutarias especiales no pueden solicitar pago preliminar.

Sobre el Bono de Reconocimiento

1. Trámite

Si usted ha presentado la solicitud de bono junto con la solicitud de pensión, la Administradora debe remitir esta información al Emisor correspondiente dentro de los cinco días hábiles siguientes al de su recepción.

El Emisor debe dar prioridad a los trámites asociados a afiliados con solicitud de pensión suscrita.

2. Cobro

Si su Bono de Reconocimiento se encuentra emitido, la Administradora solicitó el cobro al Emisor 30 días antes que usted cumpliera la edad legal para pensionarse por vejez, salvo que haya sido emitido por Capredena o Dipreca ya que en estos casos, el cobro se efectuó 180 días antes.

3. Pago

El Emisor debe cumplir con su obligación de pago, dentro del plazo de 60 días contados desde la fecha de vencimiento del Bono de Reconocimiento o desde la fecha en que se formula el cobro, si ésta es posterior.

Sobre sus 10 últimos años de cotizaciones

La AFP debe calcular el promedio de rentas de los últimos 120 meses y determinar la pensión mínima requerida para retirar excedente de libre disposición.

Sobre el Sistema de Consultas y Ofertas de Montos de Pensión - SCOMP

Si el saldo de su cuenta le permite financiar una pensión de monto igual o superior al monto de la Pensión Básica Solidaria de Vejez, antes de seleccionar una modalidad de pensión, debe someterse al Sistema de Consultas y Ofertas de Montos de Pensión.

El propósito de este Sistema es entregar información completa y comparable respecto de las ofertas de renta vitalicia por las Compañías de Seguros y los montos de pensión en retiro programado en cada AFP. Participan en esto, las Administradoras de Fondos de Pensiones, las Compañías de Seguros de Vida que comercializan rentas vitalicias del D.L. N° 3.500, de 1980, y los Asesores Previsionales.

Sobre el Certificado de Saldo

1. Emisión

La AFP debe emitir un Certificado de Saldo a usted y al SCOMP, a más tardar a los 10 días hábiles siguientes de recibida la solicitud de pensión, siempre que a esta fecha haya cumplido la edad legal para pensionarse por vejez y se encuentre liquidado su Bono de Reconocimiento. En caso contrario, la emisión se efectuará a más tardar a los 12 días hábiles de cumplida la edad legal o de la liquidado el Bono.

2. Vigencia

35 días contados desde la fecha de emisión.

Sobre las Ofertas de Montos de Pensión

Usted puede acercarse a algún partícipe del Sistema de Consultas y Ofertas de Montos de Pensión – AFP, Compañías de Seguros, Corredores de Seguros – y solicitar ofertas de montos de pensión durante el plazo de vigencia del Certificado de Saldo.

Las ofertas tienen una vigencia de 12 días hábiles contados desde la emisión del Certificado de Ofertas, aun cuando el Certificado de Saldo no esté vigente.

Si usted está de acuerdo con alguna de las ofertas de montos de pensión o con alguna oferta externa, puede aceptarla a través de alguno de los partícipes o solicitar un remate que tiene carácter vinculante cuando al menos dos de las Compañías de Seguros seleccionadas presenta ofertas de montos de pensión.

Sobre la Selección de Modalidad de Pensión

Debe suscribirse en la AFP de origen, presentando la Aceptación de la Oferta, el Certificado de Ofertas original y la Cotización Externa, si corresponde.

Sobre la fecha de devengamiento de la Pensión

1. Caso general

Si usted no está afecto a normas estatutarias especiales, la fecha de devengamiento de su pensión de vejez es el día del cumplimiento de la edad legal o la fecha de la solicitud de pensión, según cual sea posterior.

No obstante, puede optar porque su pensión se devengue a contar de la fecha de la suscripción del formulario Selección de Modalidad de Pensión si la opción es Retiro Programado o del mes del traspaso de la prima, si la opción es Renta Vitalicia Inmediata, Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida o Renta Vitalicia con Retiro Programado.

2. Trabajadores afectados a normas estatutarias especiales

Si usted está afecto a normas estatutarias especiales, la fecha de devengamiento de su pensión es el primer día del mes subsiguiente a aquel de presentación de la solicitud de pensión o de cumplimiento de la edad legal, según cuál sea posterior.

No obstante, si presenta la resolución o finiquito de trabajo, la Administradora definirá como fecha de devengamiento de su pensión el día siguiente al de cese de funciones, siempre que esta fecha no sea anterior al cumplimiento de la edad legal para pensionarse por vejez.

Sobre el Pago de Pensión

• En Retiro Programado.

Sin Pago Preliminar: Dentro de los 10 días hábiles siguientes a la suscripción de la modalidad de pensión.

Con Pago Preliminar: al mes siguiente de seleccionada la modalidad de pensión.

• En Renta Vitalicia Inmediata

A contar del mes del traspaso de la prima a la Compañía de Seguros.

• En Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida

A contar del mes del traspaso de la prima a la Compañía de Seguros.

• En Renta Vitalicia Inmediata con Retiro Programado

Compañía de Seguros: a contar del mes del traspaso de la prima a la Compañía de Seguros.

AFP: a contar del mes del traspaso de la prima a la Compañía de Seguros.

• En Renta Vitalicia Inmediata con la Compañía de Seguros encargada del Aporte Adicional

A contar del mes del traspaso de la prima a la Compañía de Seguros.

Sobre las cotizaciones posteriores a la pensión

Usted, como pensionado puede continuar trabajando con el mismo empleador, salvo que pertenezca a la Administración Pública y esté afecto al DFL N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo; o es trabajador municipal afecto a la Ley N° 18.883; o profesional de la Educación del Sector Municipal afecto a la Ley N° 19.070, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se encuentra contenido en el DFL N° 1 de 1996, del Ministerio de Educación, o trabajador afecto al Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal contenido en la Ley N° 19.378 o funcionario del Poder Judicial afecto al artículo 332 N° 6 del Código Orgánico de Tribunales, ya que debe cesar en su cargo al obtener su pensión.

En caso de continuar trabajando como dependiente o independiente está exento de efectuar la cotización al Fondo de Pensiones correspondiente al 10% de su remuneración imponible o renta declarada, pero puede optar por continuar efectuándola. En este caso debe comunicar su decisión por escrito a su empleador y a la AFP.

Si es trabajador independiente y continúa cotizando, no debe efectuar el pago del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.

No obstante lo anterior, en el caso de seguir trabajando, es obligatorio el descuento del 7% de su remuneración por concepto de salud, a pesar que su pensión también está afectada a dicho descuento.

Sobre su derecho a acceder al Aporte Previsional Solidario o a la Garantía Estatal

1. Aporte Previsional Solidario

Si usted tiene 65 años, pertenece al 60% más pobre de la población, tiene 20 años de residencia en Chile contado desde los 20 años de edad y su pensión es inferior a la Pensión Máxima con Aporte Solidario, puede acceder a un beneficio de cargo del Estado denominado Aporte Previsional Solidario que incrementará su pensión.

2. Garantía Estatal

También es posible que acceda a la Garantía Estatal por pensión mínima si su pensión es inferior a ésta. En este caso debe cumplir ciertos requisitos:

- Tener 60 o 65 años de edad, tratándose de mujer u hombre respectivamente.
- Registrar 20 años de cotizaciones o servicios computables en cualquiera de los Sistemas Previsionales.
- No percibir ingresos por un monto igual o superior al monto de la pensión mínima de vejez vigente, considerando la suma de todas las pensiones, rentas y remuneraciones imponibles, ni encontrarse pensionado en alguna Institución del Régimen Antiguo.

– Tener saldo cero en la cuenta de capitalización Individual, registro obligatorio. Se considera que el saldo es cero si éste no supera las 0,5 UF. Este saldo debe agotarse conjuntamente con el primer pago de Garantía Estatal, o tener saldo cero en la cuenta de capitalización individual, registro obligatorio y percibir una pensión en la modalidad renta vitalicia inferior al monto de la pensión mínima vigente.

– Estar afiliado(a) y tener 50 años de edad al 1 de julio de 2008.

Si corresponde, la opción por uno u otro beneficio debe efectuarla una vez comparados los montos finales de pensión.

Sobre su derecho a ajustar el monto de su pensión

Si usted se pensiona en la modalidad Retiro Programado, puede disminuir el monto de su pensión hasta el monto de la Pensión Básica Solidaria de Vejez.

Sobre El Listado Público

Sus datos, incluyendo los de su grupo familiar, formarán parte de un Listado Público a menos que señale expresamente que no desea formar parte de éste.

Sobre Depósitos Convenidos, Cotizaciones Voluntarias o Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario

La totalidad de los recursos existentes en Depósitos Convenidos pasan a constituir el saldo constitutivo de su pensión.

Si va a destinar recursos provenientes de Cotizaciones Voluntarias o Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario a pensión, debe suscribir el formulario Destino de Cotizaciones Voluntarias o el formulario Selección de Alternativas de Ahorro Previsional Voluntario.

Sobre la Cuenta de Ahorro Voluntario

Puede destinar todo o parte de los fondos de sus Cuentas de Ahorro Voluntario a pensión con el objeto de incrementarla.

Sobre la Cuenta Individual de Cesantía

Puede destinar todo o parte de los fondos de su Cuenta Individual de Cesantía, a pensión con el objeto de incrementarla.

Sobre la Tributación del Excedente de Libre Disposición

1. Artículo 42 ter Ley de Impuesto a la Renta

A partir del 7 de Noviembre de 2001 el Excedente de Libre Disposición constituye renta y se suma al resto de las rentas, por lo tanto si retira Excedente de Libre Disposición, en términos generales, debe reliquidar su impuesto anual (Art. 42 ter de la LIR).

No obstante, esta norma le permite retirar ciertas sumas sin tener que pagar impuesto y sin siquiera presentar su declaración anual si se cumple con los requisitos.

- Hasta 200 UTM anuales con tope de 1.200 UTM, o.
- Hasta 800 UTM durante un año.

Pero, si el Excedente supera estas cifras o tiene otras rentas, es obligatorio presentar su declaración de impuesto anual y por éstas sumas no pagará el impuesto proporcional que afecta a todas sus rentas.

Es importante destacar que las únicas sumas que tienen derecho a exención tributaria, son las cotizaciones obligatorias (sin antigüedad necesaria) y voluntarias, Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario, individual o colectivo, que tienen al menos 48 meses en la cuenta. Ninguna de estas sumas que entre con posterioridad a la determinación del Excedente de Libre Disposición, tiene derecho a exención

Los Depósitos Convenidos retirados como Excedente de Libre Disposición no tienen derecho a exención tributaria.

El Excedente de Libre Disposición que corresponda a Depósitos Convenidos efectuados a partir de Enero de 2011 por sobre el límite establecido en el inciso tercero del Artículo 20 del DL 3.500, (UF 900 anuales) puede ser retirado libre de impuestos. No obstante, la rentabilidad generada por éstos, tributa conforme a las reglas generales (Global Complementario).

Aquella parte del Excedente de Libre Disposición que corresponda a recursos originados en Depósitos Convenidos efectuados a partir de Enero de 2011, de montos inferiores al límite contemplado en el Artículo 20 del DL 3.500, (UF 900) tributa conforme a las reglas generales (Global Complementario).

2. Artículo 6° transitorio de la Ley 19.768 del 7 de Noviembre de 2001

Hasta el 6 de Noviembre de 2001, el Excedente de Libre Disposición estaba afecto a una tasa de Impuesto Único, que calculaba la AFP al momento de efectuarse el primer retiro y que quedaba fijo para siempre (Art. 71 antiguo del DL 3.500).

Esta tasa dependía del saldo del Excedente de Libre Disposición al momento del retiro.

El Artículo 6° transitorio de la Ley 19.768 del 7 de Noviembre de 2001 permite que los contribuyentes afiliados al Sistema de Pensiones del DL 3.500 que con anterioridad al 7 de Noviembre de 2001 mantenían recursos en sus cuentas de capitalización individual por concepto de cotizaciones voluntarias, opten, para los efectos de determinar el impuesto a la renta aplicable al retiro del Excedente de Libre Disposición que se realice con cargo a estos recursos, por mantener el régimen establecido en el artículo 71 del DL 3.500 vigente a esa fecha.

No obstante, si se opta por mantener ese régimen, los recursos originados en Depósitos Convenidos existentes a esa fecha, no pueden ser retirados como Excedente de Libre Disposición.

La opción debe ser ejercida por el afiliado al momento de efectuar el primer retiro de Excedente de Libre Disposición.

Los retiros de Excedente de Libre Disposición que se realicen con cargo a recursos originados en cotizaciones voluntarias, depósitos de ahorro previsional voluntario, efectuados por los contribuyentes a contar del 7 de noviembre de 2001 por contribuyentes que se acojan a la opción vigente a esa fecha quedan afectos a lo dispuesto en el artículo 42° ter de la LIR y no tienen a exención tributaria.

Sobre la opción por un Fondo de Pensiones

Los afiliados pensionados por retiro programado y renta temporal y los afiliados declarados inválidos parciales mediante un primer dictamen, no pueden optar por los Fondos Tipo A o B respecto de los recursos originados en las cotizaciones obligatorias, excepto respecto de los saldos que excedan el monto necesario para financiar una pensión mayor o igual al 70% del promedio de remuneraciones imponibles percibidas y rentas declaradas y mayor o igual al 100% de la Pensión Máxima con Aporte Solidario.

Los saldos por cotizaciones voluntarias, depósitos convenidos, ahorro previsional voluntario y ahorro previsional voluntario colectivo, pueden permanecer en cualquier tipo de Fondo.

Usted puede en cualquier momento desde el inicio de su tramitación, solicitar cambio de tipo de Fondo para sus saldos previsionales, no importando el resultado de su tramitación de pensión.

Sobre Asesoría Previsional

La Administradora se encuentra en condiciones de responder cualquier consulta que se refiera al beneficio que está solicitando y no necesita el patrocinio de terceros, pudiendo concurrir a cualquier agencia o utilizar, sin costo, los fonos consulta o sitio web, si fuera el caso.

Fono Consulta	600 5000 800	
Sitio Web	www.planvital.cl	zona contáctenos



FIRMA AFILIADO

En _____ a _____ de 20 _____

SOLICITUD DE EXCLUSION DEL LISTADO PÚBLICO

Fecha 01-10-2019

Señor
Gerente General
AFP PLANVITAL S.A.

Mediante la presente declaro que he sido informado que, dada mi condición de potencial pensionable, mi nombre, RUT, edad, dirección, saldo de la cuenta individual, edad y sexo de mis beneficiarios de pensión son susceptibles de ser incluidos en un 'Listado Público', si no manifiesto por escrito mi voluntad en contrario.

Dado lo anterior, solicito a usted que mis datos NO sean incluidos en dicho listado.

Saluda atentamente a usted,



Firma

ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

8.090.700-1

CERTIFICADO COTIZACIONES

[ROSSANAGARCIAHUIDOB

Santiago, 01 de Octubre de 2019

AFP PLANVITAL S.A., certifica que a la fecha, la Sra. :

ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

R.U.T.: 8.090.700-1

DOMICILIO: La Higuera 1150, Isla De Maipo, Santiago, Region Metropolitana

Registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 10/2016 y 10/2019

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
03-2018	COTIZACION NORMAL	10/04/2018	89.135	2,92	30.549,74	70.937.200-9	D
02-2018	COTIZACION NORMAL	12/03/2018	89.135	2,93	30.413,97	70.937.200-9	D
01-2018	COTIZACION NORMAL	12/02/2018	30.543	1,02	30.074,14	70.937.200-9	D
01-2018	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	12/02/2018	28.162	0,94	30.074,14	70.285.100-9	D
01-2018	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	12/02/2018	32.340	1,08	30.074,14	70.285.100-9	D
12-2017	COTIZACION NORMAL	10/01/2018	88.601	2,93	30.214,62	70.937.200-9	D
11-2017	COTIZACION NORMAL	11/12/2017	84.488	2,82	29.932,93	70.937.200-9	D
10-2017	COTIZACION NORMAL	10/11/2017	88.200	2,93	30.070,29	70.937.200-9	D
09-2017	COTIZACION NORMAL	12/10/2017	90.200	3,03	29.774,08	70.937.200-9	D
08-2017	COTIZACION NORMAL	11/09/2017	88.200	2,93	30.085,83	70.937.200-9	D
07-2017	COTIZACION NORMAL	10/08/2017	86.461	2,88	30.022,17	70.937.200-9	D
06-2017	COTIZACION NORMAL	10/07/2017	86.461	2,87	30.077,51	70.937.200-9	D
05-2017	COTIZACION NORMAL	12/06/2017	88.434	2,92	30.330,12	70.937.200-9	D
04-2017	COTIZACION NORMAL	10/05/2017	86.461	2,86	30.215,79	70.937.200-9	D
03-2017	COTIZACION NORMAL	10/04/2017	86.461	2,89	29.953,89	70.937.200-9	D

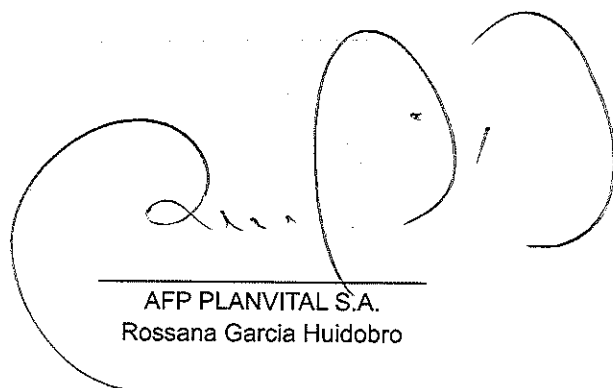
Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
02-2017	COTIZACION NORMAL	10/03/2017	86.683	2,94	29.473,63	70.937.200-9	D
01-2017	COTIZACION NORMAL	10/02/2017	84.488	2,88	29.287,34	70.937.200-9	D
12-2016	COTIZACION NORMAL	10/01/2017	97.964	3,36	29.178,64	70.937.200-9	D
11-2016	COTIZACION NORMAL	12/12/2016	84.795	2,98	28.419,11	70.937.200-9	D
10-2016	COTIZACION NORMAL	10/11/2016	81.869	2,86	28.622,80	70.937.200-9	D

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

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

Folio de Certificación: 5341-2111-6489-3352-4

Este certificado tiene una validez de 30 días a contar desde su fecha de emisión. La persona a la cual sea entregado, puede comprobar su validez ingresando a www.planvital.cl presionando el link "Validador de certificados".



AFP PLANVITAL S.A.
Rossana Garcia Huidobro

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PREVISIONALES

[ROSSANAGARCIAHUIDOBR]

Santiago, 01 de Octubre de 2019

Nombre	:	ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE		
R.U.T.	:	8.090.700-1		
Fecha Nacimiento	:	01/10/1959		
Domicilio	:	La Higuera 1150		
Comuna	:	Isla De Maipo		
Ciudad	:	Santiago	Región	: Region Metropolitana
Fecha Afiliación	:	01/01/1998	Fecha Ingreso al Sistema	: 01/09/1985

Saldos y Composición de Cuenta Personal

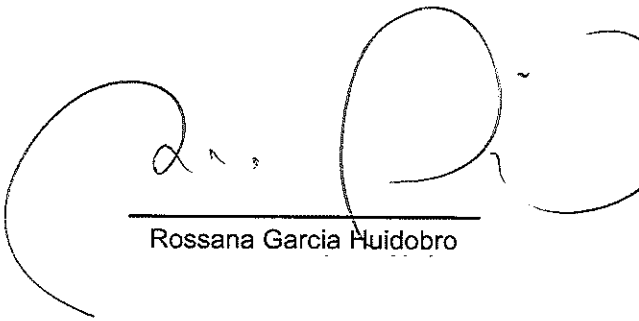
SUB CUENTA	ORIGEN	SALDOS			VALOR CUOTA	FECHA VALOR CUOTA	FONDO ACTUAL
		PESOS	CUOTAS	UTM			
Obligatoria	NORMAL	33.460.206	911,05	0,00	36.727,08	27/09/2019	D

Total Cuentas : 33.460.206

AFP PLANVITAL S.A. certifica la información contenida en este documento, el cual se extiende a petición del afiliado, para los fines que estime conveniente.

Folio de Certificación: 5097-1867-6246-3108-9

Este certificado tiene una validez de 30 días a contar desde su fecha de emisión. La persona a la cual sea entregado, puede comprobar su validez ingresando a www.planvital.cl presionando el link "Validador de certificados".



Rossana García Huidobro

ACEPTACIÓN DE LA OFERTA

AFP/COMPANIA QUE INGRESA ACEPTACIÓN:

AFP PLANVITAL

1.- Datos del afiliado

Fecha: 04-11-2019

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombres):	ALVAREZ INFANTE ISABEL DEL CARMEN			RUT: 8.090.700-1
AFP: AFP PLANVITAL	Institución Salud: FONASA	Tipo de pensión: Vejez Edad		
Número de Solicitud de Oferta:	89381501			

2.- Modalidad de pensión que se está aceptando

☒ Retiro Programado	☐ Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida
☐ Renta Vitalicia Inmediata	☐ Renta Vitalicia Inmediata con Retiro Programado

3.- Condiciones del Retiro Programado

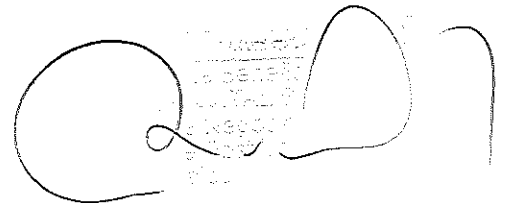
Distribución de Fondos (Monto en UF):					AFP Seleccionada: AFP PLANVITAL
0,00 A	0,00 B	0,00 C	1.192,69 D	0,00 E	Monto Retiro Programado 4,52 UF

4.- Información del Asesor o Agente

☒ Asesor Previsional	☐ Agente de Ventas
Nombre SEPULVEDA, CARO, CARMEN GLORIA	RUT: 11.375.356-0
Nombre Representante legal o Apoderado	RUT:
Honorarios Retiro Programado/ Renta Temporal (%) 1,20	Honorarios Retiro Programado/ Renta Temporal (UF) 14,31
Comisión o retribución Renta Vitalicia (%):	Comisión o retribución Renta Vitalicia (UF):
	Total (UF): 14,31
Este monto equivale al porcentaje de comisión sobre la prima única considerada en la oferta de renta vitalicia y/o sobre el saldo destinado a pensión en el caso de retiro programado o renta temporal. Su valor podría sufrir modificaciones producto de variaciones en dicha prima única o saldo señalado.	

5.- Evolución del monto de la pensión en Retiro Programado: Declaro estar en conocimiento:

- que el monto de la pensión en Retiro Programado varía en el tiempo, según la tendencia que se muestra en el Certificado de Ofertas.
- que el monto de la pensión en Retiro Programado se recalcula anualmente, por lo que la proyección del monto de la pensión que me ha sido informada corresponde a una estimación.



Nombre y Firma del Afiliado	Firma y timbre AFP o CSV
ALVAREZ INFANTE ISABEL DEL CARMEN 	Nombre: ROSSANA BRENDA GARCIA HUIDOBRO PIN RUT: 9.922.404-5 Cargo: ADMINISTRATIVA

SCOMP

SISTEMA DE CONSULTAS Y OFERTAS DE MONTOS DE PENSIÓN

Comprobante de Aceptación de Oferta

Tipo Oferta

Interna

Número de Oferta

133017483

Número Cotización

Código consulta oferta

89381501

Fecha Aceptación

04-11-2019 14:11:33

Número Proceso

17468534

Imprimir

Terminar

04-11-2019

I.- IDENTIFICACION DEL AFILIADO CAUSANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ALVAREZ	INFANTE	ISABEL DEL CARMEN
R.U.T.	Sexo	Fecha Nacimiento
8.090.700-1	Femenino	01/10/1959
Fecha de la Solicitud de Pensión	Tipo Pensión	
01/10/2019	VEJEZ EDAD	

II.- SELECCION MODALIDAD DE PENSION

De acuerdo a lo dispuesto en el Art. 61 D.L. 3500, con esta fecha comunico a AFP PLANVITAL S.A. mi decisión de optar por la siguiente modalidad de pensión :

Retiros Programados en AFP PLANVITAL S.A.

III.- SOLICITA COMO FECHA DE DEVENGAMIENTO DE LA PENSION

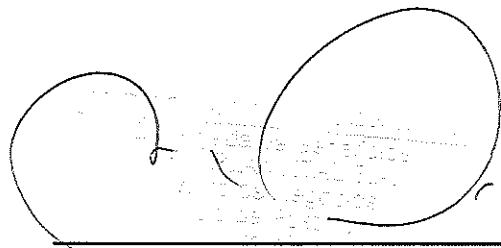
LA FECHA DE SUSCRIPCION DE ESTE FORMULARIO

(Válido Sólo para afiliados que no hayan percibido pago preliminar)

SI ☐ NO ☐

IV.- FIRMA DEL AFILIADO (Pensiones de Vejez o Invalidez)





Firma y Timbre Representante
AFP PLANVITAL S.A.

SELECCION DE MODALIDAD DE PENSION
ANTECEDENTES DEL PAGO

I. Identificación del Afiliado

Cédula de Identidad		Nombre	
8.090.700-1		ALVAREZ INFANTE, ISABEL DEL CARMEN	
Dirección		Comuna	Ciudad
LA HIGUERA 1150		ISLA DE MAIPO	SANTIAGO
Sexo	Fecha Nacimiento		
Femenino	01-10-1959		
Tipo Pensión	Fecha Solicitud Pensión	Fecha Selección Modalidad	
VEJEZ EDAD	01-10-2019	04-11-2019	

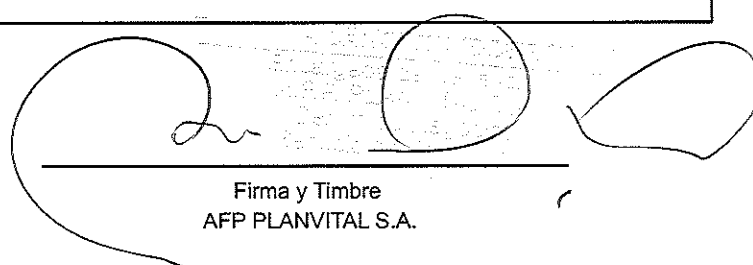
II. ANTECEDENTES DEL PAGO

Nombre Beneficiario		Rut Beneficiario	
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE		8.090.700-1	
Nombre Receptor	Rut Receptor	Tipo Receptor	
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE	8.090.700-1	Afiliado	
Dirección Receptor			
LA HIGUERA 1150			

Datos del Pago		Medio del Pago	
Institución de Salud	FONASA	Bco. Emisor	BANCOESTADO
Unidad	Porcentaje	Vía de Pago	DEPOSITO EN CUENTA BANCARIA
Cantidad	7	Nº Cuenta	8090700
Nº Contrato	001	Banco Depósito	ESTADO
Origen Monto		Sucursal	
		País	CHILE
		Región	REGION METROPOLITANA



Firma Afiliado



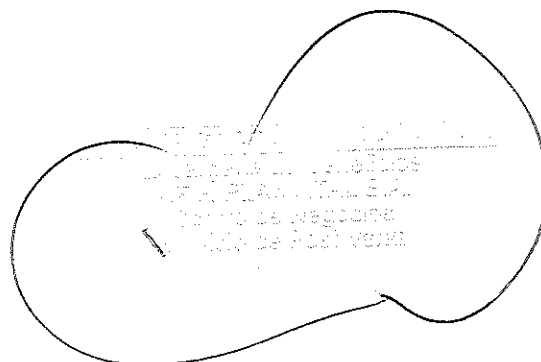
Firma y Timbre
AFP PLANVITAL S.A.

Nombre Afiliado ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE	Cédula de Identidad 8.090.700-1
Beneficio Solicitado VEJEZ EDAD	Fecha Solicitud 01/10/2019

Documentos Remitidos
Selección Modalidad de Pensión
Antecedentes del Pago
Solicitud de Pago de Honorarios de Asesoría

Total de Documentos :3


Firma
ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE



SOLICITUD DE PAGO DE HONORARIOS DE ASESORIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO CAUSANTE

Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno

ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE

R. U. T.

Tipo de Pensión

Modalidad de Pensión

Fecha Selección

8.090.700-1

VEJEZ EDAD

RETIRO PROGRAMADO

04/11/2019

2. IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS (sólo en casos de sobrevivencia)

R. U. T.

Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno

3. IDENTIFICACIÓN DEL ASESOR PREVISIONAL

R. U. T. / Razón Social

Nombre Completo / Razón Social

11.375.356-0

CARMEN GLORIA SEPULVEDA CARO

Monto Comisión (UF)

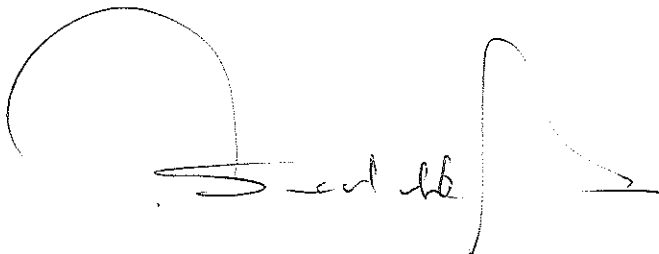
14,31

4. SOLICITUD

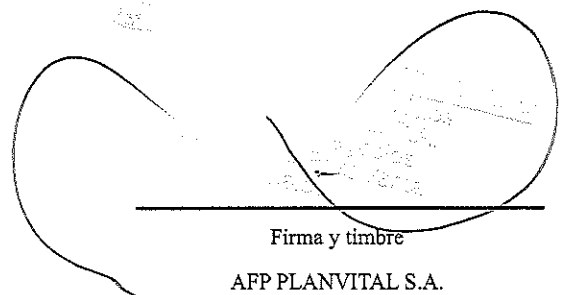
Solicito a AFP PLANVITAL S.A. efectuar pago desde la Cuenta de Capitalización Individual de Cotizaciones Obligatorias del afiliado, por concepto de asesoría previsional por el tramite de VEJEZ EDAD

Adjunto la siguiente documentación:

- ☐ Aceptación de cotización que consigna el monto de honorarios
☐ Contrato de Prestación de Servicios Vigente.



Firma Solicitante



Firma y timbre
AFP PLANVITAL S.A.

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 : Javiera Jonacia Navarrete Alvarez
Rut : 20.424.266-2
Domicilio : La Higuera N° 1150 Gaitana.
Teléfonos : 58978156 - 946439689.
Correo electrónico : _____

Datos grupo familiar

Número de Integrantes del Grupo Familiar:

2

Identificación del Grupo Familiar

Nombre y apellido	Rut	Parentesco con el estudiante	Edad	Nivel educacional	Categoría ocupacional	Promedio ingreso mensual
Isabel Alvarez Inzarte	8.090.700-1	Mamá	60	estudios superiores.	jubilada	\$128.665.-
Javiera Navarrete Alvarez	20.424.266-2	postulante	19	paso a 2º año de Ede superior.	Estudiante	\$100.000.-

penión Alimentador.

Condición de Salud del Grupo Familiar

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

Especificar integrante y la enfermedad:

Isabel Alvarez. → dislipemia, artrosis, tiroidea.

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: \$ 228.885.-

Ingreso per cápita del grupo familiar: \$ 114.425.-

OBSERVACION ASISTENTE SOCIAL: (obligatorio)

Familia compuesta por 2 integrantes. Señalando que principal sustento proviene de madre de postulant. Pese cuenta con una jubilación de \$128.000- aprox. respecto a padre de postulant. aporta económicamente con \$100.000.- para apoyar en gastos de hogar y estudios. Actualmente, alumna cuenta con beca de CAE debiendo cubrir diferencia de Arancel. dada la situación económica actual de familia se considera permanente que alumna pueda obtener otros beneficios que permitan la continuidad de su carrera.

Tiene Registro Social de Hogares: SI Tramo socioeconómico: 40%

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, 07-01-2020.

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

1. BIENES RAÍCES

TIPO (casa, depto., terreno, estacionamiento)	USO (Vivienda, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
Casa	Vivienda	6.303.324 . a 9.990.652

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

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

3. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD(ES)

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

4. INVERSIONES Y OTROS

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

5. DEUDAS

TIPO (Crédito hipotecario, automotriz, otros)	INSTITUCIÓN BANCARIA O CASA COMERCIAL	PAGO MENSUAL	N° TOTAL DE CUOTAS	FECHA VENCIMIENTO DE DEUDA TOTAL
Bancario		156.991	6/60	
Casa				
Comercial				

Nombre Jefe(a) de Hogar:

Isabel Alvarez Infante

Firma:

[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.

Santiago, Diciembre 18 de 2017

PACIENTE : ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE
EDAD : 58 años
MÉDICO TRATANTE : Dr. Gilberto Mardones
DIAGNÓSTICO : Se tiene a la vista un examen de otro centro fechado el 01/02/2017.

RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR

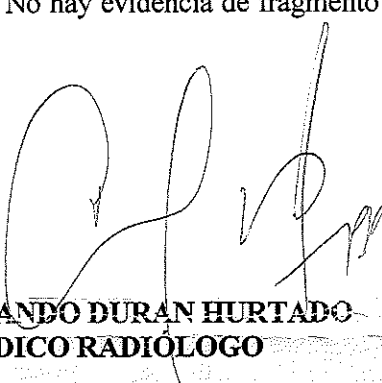
DESCRIPCIÓN:

Cuerpos vertebrales bien alineados. Diámetro sagital del canal raquídeo normal.
Hay ligera dilatación del fondo de saco tecal que alcanza S2 probablemente ectasia dural.
El disco lumbosacro disminuido de altura y señal de contornos bien definidos.
No observo rotura discoanular ni evidencias ciertas de hernia discal.
Líquido sinovio-articular facetario L4-L5 y L5-S1. Pequeño quiste sinovial posterior izquierdo L4-L5.
El resto de los discos intervertebrales lumbares de contornos bien definidos.
No observo evidencia de lesión ósea.
Ligamento longitudinal común anterior normal. Señal de médula hematopoyética conservada.
La grasa presacra indemne.
Músculatura paraespinal simétrica.

IMPRESIÓN:

Discopatía protruida lumbosacra.
Líquido sinovioarticular facetario en los últimos dos segmentos móviles según lo descrito corresponde a un hallazgo inespecífico. No hay evidencia de fragmento extruido ni signos ciertos de hernia discal.

Saluda atentamente a Ud.



DR. FERNANDO DURAN HURTADO
MÉDICO RADIOLOGO

FDH/ast/8090700-1

Estimado médico tratante:

Nuestro Servicio cuenta con dos equipos de Resonancia Magnética Philips de 1.5 Tesla con 16 canales.

Si requiere información adicional o impresión en placas del CD que acompaña este informe, le agradeceríamos contactarse con nuestro Servicio en Clínica Avansalud.

Santiago, Diciembre 18 de 2017

PACIENTE : ISABEL DEL CARMEN ALVAREZ INFANTE
EDAD : 58 años
MÉDICO TRATANTE : Dr. Gilberto Mardones

RESONANCIA MAGNÉTICA DE SACROCOXIS

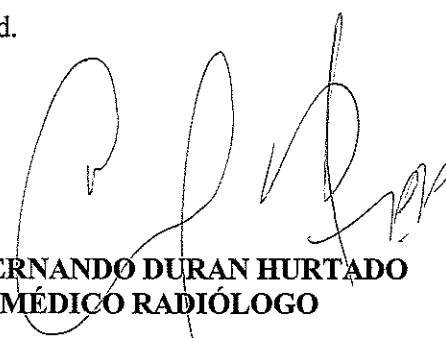
DESCRIPCIÓN:

Los cuerpos vertebrales que conforman el sacrocoxis de morfología conservada.
El canal raquídeo sacro es normal. No observo alteraciones de la cortical anterior.
Edema óseo en la región sacra distal a la altura S3, S4, que dado los antecedentes corresponde muy probablemente a trauma.
El edema óseo se extiende al aspecto distal de alerones sacros, con rasgos sagitales muy probablemente fractura trabecular.
El coxis es normal. La grasa presacra indemne.
La musculatura piriforme es sin alteraciones.

IMPRESIÓN:

Alteraciones de señal de la médula hematopoyética del sacro distal con alteraciones de señal S3, S4 con extensión a alerón sacro distal compatibles con fractura trabecular sin desplazamiento.

Saluda atentamente a Ud.


DR. FERNANDO DURAN HURTADO
MÉDICO RADIÓLOGO

FDH/ast/8090700-1

Estimado médico tratante:

Nuestro Servicio cuenta con dos equipos de Resonancia Magnética Philips de 1.5 Tesla con 16 canales.

Si requiere información adicional o impresión en placas del CD que acompaña este informe, le agradeceríamos contactarse con nuestro Servicio en Clínica Avansalud.

NOTIFICACIÓN

El Jefe de Departamento de Avaluaciones de la XIV DIRECCION REGIONAL SANTIAGO PONIENT ha dictado una Resolución de Modificación al Rol de Avalúos y/o Contribuciones, del siguiente tenor:

SANTIAGO , 30 de julio de 2019.

RESOLUCION EX.SII N° A14.2019.00013721 /

Hoy se ha emitido la siguiente Resolución de modificación al Rol Semestral de Contribuciones:

VISTOS:

Lo dispuesto en la Ley N° 17.235, sobre Impuesto Territorial; en los artículos 11, 76, 83, 85 y 87 del Código Tributario y; en los artículos 1° y 7° letras a) y b), de la Ley Orgánica del Servicio de Impuestos Internos, contenida en el D.F.L. N° 7, de 1980, del Ministerio de Hacienda; y

CONSIDERANDO:

1° Que, por Resolución Exenta SII N° 1382 , de 05.08.1996 ,de esta Dirección Regional, se delegó en esta jefatura del Departamento de Avaluaciones la facultad de dictar resoluciones administrativas que modifican de oficio o a petición de los contribuyentes los avalúos de los Bienes Raíces; o que se pronuncian sobre factores o circunstancias que inciden sobre el monto a pagar del Impuesto Territorial.

2° Que, se ha recepcionado en este Servicio, el Certificado de Recepción Final Municipal , proveniente de la Ilustre Municipalidad de ISLA DE MAIPO , respecto del bien raíz rol 135 – 25 , ubicado en LA HIGUERA 1150 , de la comuna de ISLA DE MAIPO .

3° Lo dispuesto en los artículos 10, letra b), 12, letra b), 28 y 29 de la Ley N° 17.235, sobre Impuesto Territorial y en los artículos 83 y 87, del Código Tributario .

SE RESUELVE:

Modificar a partir del 01.01.2019 , el avalúo del bien raíz rol 135 – 25 , ubicado en LA HIGUERA 1150 , de la comuna de ISLA DE MAIPO , que se encuentra registrado en las bases de este Servicio a nombre de MUNICIPIO ISLA DE MAIPO , de \$ 6.303.324 a \$ 9.990.652 , montos en moneda del segundo semestre de 2019 .

La propiedad se mantendrá exenta del pago de contribuciones.

La contribución indicada es el monto semestral e incluye la contribución neta más sobretasa(s) si corresponde.

La modificación de avalúo mencionada, se verá reflejada en los correspondientes Roles Semestrales de Contribuciones.

SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS

TRANSPORTES YOJANA HERNANDEZ E.I.R.L.
 PADRE SERGIO CORREA GAC N°341
 SANTIAGO
 TRANSPORTE Y FABRICA DE PALLETS
 R.U.T. 76.698.099-6

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES DE : Noviembre de 2019

TRABAJADOR.....: NAVARRETE FUENTES, DAVID ANTONIO
 DIAS TRABAJADOS.: 27
 CARGO.....:
 FECHA DE CONTRATO: 04/11/2019

R.U.T. : 9.882.851-6
 PREVISION : CAPITAL (11.44)
 FONASA
 Centro de Costo: CORTADORES

HABERES		DESCUENTOS	
SUELDO BASE	301,000	FONDO DE PENSIONES (11.44%)	30,991
(-) DIAS DE FALTA 3	(30,100)	FONASA SALUD (7.00%)	18,963
Valores: UF 28,222.33 - UTM 49,229		MAX. IMPONIBLE	270,900
		AF. IMPUESTOS	220,946
TOTAL HABERES	270,900	TOTAL DESCUENTOS	49,954
		TOTAL A PAGAR....	220,946
		ANTICIPOS.....	0
		SALDO LIQUIDO....	220,946

Son: DOSCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS Pesos

DECLARO RECIBIR CONFORME DE MI EMPLEADOR: TRANSPORTES YOJANA HERNANDEZ E.I.R.L.
 A MI ENTERA SATISFACCION EL MONTO LIQUIDO A PAGO INDICADO EN LA PRESENTE LIQUIDACION
 ACEPTO Y RECONOZCO LA FORMA EN QUE SE DETERMINO Y CALCULO LAS DEDUCCIONES EFECTUADAS
 Y NO TENGO CARGO NI COBRO ALGUNO POSTERIOR QUE HACER, POR NINGUNO DE LOS CONCEPTOS EN
 ELLA INDICADOS.

FIRMA DEL TRABAJADOR

TRANSPORTES YOJANA HERNANDEZ E.I.R.L.
 PADRE SERGIO CORREA GAC N°341
 SANTIAGO
 TRANSPORTE Y FABRICA DE PALLETS
 R.U.T. 76.698.099-6

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES DE : Diciembre de 2019

TRABAJADOR.....: NAVARRETE FUENTES, DAVID ANTONIO R.U.T. : 9.882.851-6
 DIAS TRABAJADOS.: 30 PREVISION : CAPITAL (11.44)
 CARGO.....: FONASA
 FECHA DE CONTRATO: 04/11/2019 Centro de Costo: CORTADORES

HABERES		DESCUENTOS	
SUELDO BASE	301,000	FONDO DE PENSIONES (11.44%)	34,434
		FONASA SALUD (7.00%)	21,070
Valores: UF 28,309.94 - UTM 49,623		MAX. IMPONIBLE	301,000
		AF. IMPUESTOS	245,496
TOTAL HABERES	301,000	TOTAL DESCUENTOS	55,504
		TOTAL A PAGAR....	245,496
		ANTICIPOS.....	0
		SALDO LIQUIDO....	245,496

Son: DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS Pesos

DECLARO RECIBIR CONFORME DE MI EMPLEADOR: TRANSPORTES YOJANA HERNANDEZ E.I.R.L.
 A MI ENTERA SATISFACCION EL MONTO LIQUIDO A PAGO INDICADO EN LA PRESENTE LIQUIDACION
 ACEPTO Y RECONOZCO LA FORMA EN QUE SE DETERMINO Y CALCULO LAS DEDUCCIONES EFECTUADAS
 Y NO TENGO CARGO NI COBRO ALGUNO POSTERIOR QUE HACER, POR NINGUNO DE LOS CONCEPTOS EN
 ELLA INDICADOS.

FIRMA DEL TRABAJADOR

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:	Fecha:
Nombre estudiante: <u>Javier Navarrete</u>	Carrera: <u>P. en Educación Parvularia</u>
Nº de Integrantes grupo familiar: <u>2</u>	Nº de Integrantes que aportan:

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: <u>Isabel Álvarez</u>	RUT: <u>8.090.700-1</u>
Domicilio: <u>LA Higuera 1150, Baituca</u>	Fono: <u>+56958978156</u>
Profesión, oficio o actividad: <u>Jubilado</u>	Fono:
Total ingreso mensual grupo familiar:	

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 provienes de región)
1. Alimentación	<u>30.000.</u>	
2. Arriendo		
3. Dividendo		
4. Contribuciones		
5. Luz	<u>30.000</u>	
6. Agua	<u>10.000</u>	
7. Combustible (gas, parafina, otros)		
8. Bencina		
9. Movilización		
10. Teléfono (fijo y/o celular)	<u>15.000.</u>	
11. TV Cable		
12. Internet		
13. Útiles de aseo		
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)		
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)	<u>156.000.-</u>	
16. Vestuario		
17. Salud		
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)		
19. Otro (detallar):		
20. TOTALES		
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR		

3. OBSERVACIONES

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



Firma Jefe(a) de Hogar (obligatoria)

SIMULACION DE
CANCELACIONES

Rut Cliente : 08090700-1

Nombre : ALVAREZ INFANTE ISABEL DEL CARMEN

Nro. Créd. : D19920111998 Nuevo Multiuso +1 Año

Tipo Cancel.: Cancelación un Vcto Condicion :

Monto del Créd. : \$6.389.699 Pesos
Saldo Insoluto : \$6.265.149
Capital Cuota : \$79.303
Monto Cuota : \$156.991 (06/60)
Fecha de Vcto. : 10/01/2020
Tasa de Interés : 1,2000 vcda m s s
Valor U.F. :
Tipo de Impuesto :
Tasa de Impuesto :
Valor Impuesto :
Tasa Comisión :

Fecha Canc. Real : 06/01/2020

Tasa de Interés

Val. Tot. Pagado : 156.991

Val. Tot. Renov. :

Diferencia : 0

Código de Cargo :

Cuenta de Cargo :

Fec. Nuevo. Vcto. :

Capital Pagado : 79.303

Interés Pagado : 77.688

Valor Comisión :

Valor Gastos : 0

