

Milen Valentina Alarcón

24-04-2023 17:02
(hace 30 minutos)

para mí

Estimados, no he tenido respuesta al último correo que tuve con un administrativo sobre el cambio de sección, sin embargo, escribo aquí nuevamente para justificar el hecho de que no pude enviar el trabajo que le contaba en el primer correo, ya que lamentablemente mi abuelo falleció este fin de semana y no pude cumplir lógicamente. Adjuntaré su certificado de defunción y mi certificado de nacimiento para que se pueda demostrar mi parentesco de cierta forma. Agradecería mucho su respuesta para saber cómo hacerlo con el posible cambio de sección en el ramo transversal de Desarrollo de Habilidades Comunicativas tras mi justificación por no poder hacer una entrega.

Quedo atenta,
Saludos, Milen Alarcón Riveros, estudiante de primer año de Sociología.

=====



Secretaría de Estudios Sociología <secest.sociologia@uchile.cl>

21 abr 2023,
11:34 (hace 3 días)

para Milen

Milen
Su solicitud ha sido enviada a evaluación, esté atenta a U-Campus, dado que si es autorizada el resultado lo verá reflejado en el sistema y si es rechazada le aviso por esta vía.

Atte.,
Viviana Pizarro Aceituno
Encargada Carrera de Sociología
Secretaría de Estudios
Teléfono: (+562) 29787720
Cap. Ignacio Carrera Pinto N°1045, Ñuñoa - piso 1, Edificio FACSO.

=====

Justificación ausencia a entregas/ solicitud cambio de sección



Milen Valentina Alarcón <milen.alarcon@ug.uchile.cl>

21 abr 2023,
10:27 (hace 3 días)

para mí

Estimades, me dirijo por este medio para justificar mi inasistencia esta semana para clases y el cumplimiento de entregas y además, ver si la solución es un cambio de sección en el ramo “Desarrollo de Habilidades Comunicativas para Estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales” (TRNSV0007-1 o sección 1), debido a que no puedo entregar un trabajo antes de tiempo (ya que no hay opción de más plazo en mi sección) por una urgencia familiar. Como conté en el correo al profesor de mi sección, tuve que viajar el fin de semana a mi ciudad de origen ya que mi abuelo se encuentra muy delicado de salud en el hospital, es por esto, que ni siquiera pude viajar con mi computador y cuento sin los medios para llevar a cabo la tarea, además he tenido que estar todos estos días en el hospital esperando a noticias sobre la agonía de mi abuelo y por supuesto, a lo que sigue después. Él hoy en día sigue en el mismo estado de agonía y gravedad, por lo que volver a Santiago para no retrasarme en las clases no es tan seguro, sin embargo, recién podría el domingo (si es que no empeora) debido a que es muy incierto todo lo que estoy viviendo con mi familia.

Conversando con mis compañeros de carrera, tengo entendido en otras secciones el mismo trabajo se entrega después y hay más flexibilidades, así que espero pueda ser cambiada ahí para no generar más problemas.

Espero se pueda comprender mi situación y el hecho de que lo que más complica poder cumplir el plazo es el no contar con los medios para realizarlo y que tendría que hacerlo el mismo día que regrese, donde llegaría en la noche incluso.

Quedo atenta a cualquier sugerencia o respuesta, saludos,
Milen Alarcón Riveros, estudiante de primer año de Sociología

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL
(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

3434466

A. USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO NELSON ALARCON MUÑOZ		CÉDULA DE IDENTIDAD 4505054-8	
SEXO 1 M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día 22 Mes 02 Año 1941	EDAD Años Cumplidos 82	Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min.
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)			
1. Nombre:		C.I.:	Firma:
2. Nombre:		C.I.:	Firma:

2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN		SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL	
FECHA Día 22 Mes 04 Año 2023	HORA Hora 03 Minutos 59	Peso al nacer (grs)	Semanas gestación
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 1 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro		ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA	
		COMUNA ANTOFAGASTA	

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.		DURACIÓN ENFERMEDAD	USO M. SALUD
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)			
a) FALLA ORGANICA MULTIPLE «Debida a» o «Como consecuencia de»			
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)			
b) SEPSIS FOCO RESPIRATORIO «Debida a» o «Como consecuencia de»			
c) NEUMONIA GRAVE			
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)			
FRACTURA DE CADERA			

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE		EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE	
45 1: Autopsia 2: Biopsia 3: Operación 4: Exs. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos		LUGAR DE OCURRENCIA ☐ 1: Casa ☐ 2: Vía Pública ☐ 3: Trabajo ☐ 4: Otro	CIRCUNSTANCIAS ☐ 1: Peatón ☐ 2: Conductor ☐ 3: Pasajero ☐ 4: Otra
TIPO ☐ 1: Accidente ☐ 2: Suicidio ☐ 3: Homicidio ☐ 4: Otro			
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD 1 1: Sí 2: No 9: Ignorado	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO 3 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro OTROS 4: Información de Matrona 5: Testigos 9: Ignorado	FECHA CERTIFICADO Día 22 Mes 04 Año 2023	
Nombre Médico: Pamela Merino Barua Rut: 16328077-9 Domicilio: Araña 59 35 Teléfono: 552091		Firma Médico y Sello Establecimiento HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA USO INE	

B.- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)	
RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)	
INSTRUCCIÓN Último Curso ☐ Nivel ☐	OCUPACIÓN 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno
USO INE	NIVEL OCUPACIONAL 1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia

5.- SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.	
Nombre de la Madre	
ESTADO CIVIL ☐ S: Soltera ☐ C: Casada ☐ V: Viuda	HIJOS: Incluyendo presente inscripción Vivos Fallecidos Mortinatos Total
FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO ☐ 1: Parto ☐ 2: Aborto	Día Mes Año
EDAD Años comp.	INSTRUCCIÓN Último Curso ☐ Nivel ☐
OCUPACIÓN 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno	USO INE
NIVEL OCUPACIONAL 1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	
Nombre del Padre	
EDAD Años comp.	INSTRUCCIÓN Último Curso ☐ Nivel ☐
OCUPACIÓN 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno	USO INE
NIVEL OCUPACIONAL 1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN