



Resumen de condicionantes sociales acreditación

1. Datos Personales

RUT o pasaporte	201462312	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	27-12-2019 10:21:00	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Valentina Constanza	Apellido paterno	Villanueva
Apellido materno	Ortiz	Email	valentinacvortiz@gmail.com
Teléfono	+56990634585	Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales
Carrera	TRABAJO SOCIAL	Número matrícula	2017850183
Situación matrícula	MATRICULADO	Situación académica	MATRICULADO
Tipo de alumno	ANTIGUO	Edad	20 años 7 meses
Fecha de nacimiento	14-05-1999	Sexo	Mujer
Género	Femenino	Estado civil	Soltero(a)
Nacionalidad Chilena	Si		

2. Puntaje variables socioeconómicas

Per cápita / Tramo per cápita	\$104.998 / DESDE \$0 HASTA \$224.894	Puntaje per cápita	40
Tenencia	Allegado	Puntaje tenencia	5
Puntaje arriendo	0	Tramo avalúo	Entre \$ 0 y \$ 26.508.135
Puntaje avalúo	10	Puntaje variables socioeconómicas	55

3. Situación ocupacional jefe de hogar

Rut - nombre	8.096.483-8 - MONICA BERNARDITA ORTIZ CASTRO	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	No	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Situación ocupacional	Activo estable	Puntaje situación ocupacional	3.8

4. Condicionantes sociales

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

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

5. Evaluación Asistente social

Asistente social	Calu Pérez	Fecha registro	27-12-2019 10:20:56
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10

6. Postulación a Becas Internas Universidad de Chile

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

7. Puntaje total acreditación

Puntaje total acreditación	85.8
----------------------------	------

Resumen de postulación y acreditación

1. Datos Personales

1.1 Datos personales del estudiante

RUT o pasaporte	201462312	Estado FOCES	ESTADO ACREDITADO
Fecha estado FOCES	27-12-2019 10:21:00	¿Tienes nombre social?	No
Nombre	Valentina Constanza	Apellido paterno	Villanueva
Apellido materno	Ortiz	Email	valentinacvortiz@gmail.com
Teléfono	+56990634585	Cuenta RUT	Sí
Facultad / Unidad académica	Facultad de Ciencias Sociales	Carrera	TRABAJO SOCIAL
Número matrícula	2017850183	Situación matrícula	MATRICULADO
Situación académica	MATRICULADO	Tipo de alumno	ANTIGUO
Edad	20 años 7 meses	Fecha de nacimiento	14-05-1999
Sexo	Mujer	Género	Femenino
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Tramo de fonasa	Tramo B	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	Monica	Vínculo contacto emergencia	Madre
Teléfono 1	+56992022671	Teléfono 2	+56990935208

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

Calle	Avenida ossa	Número	988
N° Casa/Depto	Casa E	Región	Región metropolitana
Comuna	La Cisterna		

1.4.3 Dirección académica

1.5 Antecedentes de educación superior del estudiante

-Profesional - -2017

Tipo de estudios	-Profesional	Tipo de institución	-Universidad
Estado de educación superior	-No finalicé	Año de ingreso	-2017
Último año cursado	-2019	Nº de semestres cursados	-6
¿Tuviste algún beneficio?	-Si	Especifica cuál(es)	-tengo gatuidad y una beca interna de la universidad

1.6 Hijos(as) del estudiante

No declara

1.7.1 Antecedentes del grupo familiar (viven con estudiante)

Estudiante - 201462312 - Valentina Constanza Villanueva Ortiz

RUT o pasaporte	201462312	Nombres	Valentina Constanza
Apellido Paterno	Villanueva	Apellido Materno	Ortiz
Edad	20 años 7 meses	Fecha Nacimiento	14-05-1999
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		

Madre - 80964838 - Monica Bernardita Ortiz Castro

RUT o pasaporte	80964838	Nombres	Monica Bernardita
Apellido Paterno	Ortiz	Apellido Materno	Castro
Edad	57 años 10 meses	Fecha Nacimiento	01-02-1962
Sexo	Mujer	Parentesco	Madre
¿Vive con el estudiante?	Sí	Jefe de hogar	Sí
Estado civil	Soltero(a)	Sistema de salud	Fonasa
Previsión social	AFP	Nivel educacional	Enseñanza técnica nivel superior
Situación educacional	Completo	¿Ha percibido ingresos en últimos 3 meses?	Sí
Actividad laboral (fuente de ingresos)	Trabajo	Forma de trabajo (estable/inestable)	Estable
Modalidad trabajo (dependiente/independiente)	Dependiente	Profesión u oficio	administrativa

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	\$209.996	Número serie estudiante	518669034
Número serie jefe de hogar	A027218403		

1.9 Antecedentes socioeducativos del estudiante

¿Tienes trabajo remunerado?	No	Tiempos de traslado	61 a 90 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
201462312 Estudiante	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
80964838 Madre	\$209.996	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$209.996

Nº integrantes grupo familiar	Nº integrantes con ingresos	Total ingresos grupo familiar	Ingreso per cápita
2	1	\$209.996	\$104.998

* 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 - 80964838 - Monica Bernardita Ortiz Castro

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

2.3 Integrantes del grupo familiar con endeudamiento

No declara endeudamiento			
Número integrantes con endeudamiento	0	Total endeudamiento grupo familiar	\$0

2.4 Integrantes del grupo familiar con problemas judiciales

No declara problemas judiciales			
Numero integrantes con problemas judiciales	0	Gasto mensual grupo familiar	\$0

2.5 Antecedentes de salud del grupo familiar

Madre - 80964838 - Monica Bernardita Ortiz Castro

Tipo de enfermedad	-Permanentes o de Mediano Costo	Diagnóstico	-Asma bronquial en mayores de 15 años.
Otro diagnóstico	-	Atención GES	-No
Gasto mensual	-\$30.000	Observación	-

Total gastos salud grupo familiar	\$30.000
-----------------------------------	----------

2.6 Integrante del grupo familiar en situación de discapacidad

No declara discapacidad	
Total gastos por discapacidad	\$0

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

Estudiante - 201462312 - Valentina Constanza Villanueva Ortiz

Tipo de inmueble	-	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN GRUPO FAMILIAR	Tenencia de la vivienda	-Allegado
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-VALENTINA CONSTANZA VILLANUEVA ORTIZ	Avalúo de la vivienda	-Entre \$ 0 y \$ 26.508.135
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-No	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-1
Calle	-Avenida ossa	Número	-988
Nº Departamento / casa	-Casa E	Block o torre	-
Villa o población	-	Región	-Región metropolitana
Comuna	-La Cisterna		

Tipo de inmueble	-	Otro tipo de inmueble	-
Tipo de vivienda	-DIRECCIÓN ACADÉMICA	Tenencia de la vivienda	-
¿Quién es el dueño de la vivienda?	-VALENTINA CONSTANZA VILLANUEVA ORTIZ	Avalúo de la vivienda	-
¿Tiene algún vínculo con el propietario?	-	¿Cuál es el vínculo?	-
Monto arriendo	-	Nº dormitorios	-
Calle	-	Número	-
Nº Departamento / casa	-	Block o torre	-
Villa o población	-	Región	-
Comuna	-		

2.8 Vehículo(s) del grupo familiar

No declara vehículos

3. Programa de corresponsabilidad parental

3.1 Programa de Corresponsabilidad Parental

No postula

4. Programa de residencia universitaria

4.1 Programa de residencia universitaria

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

5. Jefe de hogar

5.1 Situación ocupacional del jefe de hogar

Rut - nombre	8.096.483-8 - MONICA BERNARDITA ORTIZ CASTRO	Parentesco	Madre
¿Ha percibido ingresos?	Sí	Actividad laboral (fuente de ingresos)	- Trabajo(Estable)
Puntaje situación ocupacional	3.8		

6. Beneficios internos

6.1 Beneficios internos seleccionados

7. Última evaluación asistente social

7.1 Evaluación

Asistente social	Calu Pérez	Fecha registro	27-12-2019 10:20:56
Nivel de vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Puntaje vulnerabilidad del estudiante	10
Tramo per cápita	DESDE \$0 HASTA \$224.894	Per cápita	\$104.998
Puntaje per cápita	40	Tenencia	Allegado
Puntaje por Tenencia	5	Avalúo	Entre \$ 0 y \$ 26.508.135
Puntaje por avalúo	10	Puntaje por arriendo	0
Puntaje condicionantes sociales	17	Puntaje total evaluación	85.8

(*) Variables disponibles sólo en periodos 2018 y 2019

(**) Variables disponibles desde periodo 2020

FORMULARIO POSTULACIÓN A BENEFICIOS UCHILE - 2020

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

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

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

Todos los estudiantes que tengan Registro Social de Hogares, deben presentar copia de cartola disponible en www.registro-social.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:

Apellido Paterno <u>Willanueva</u>	Apellido Materno <u>Ortiz</u>	Nombres <u>Valentina Constanza</u>	RUT <u>20.146.231-2</u>
Fecha de Nacimiento <u>14/05/1999</u>	Celular Alumno <u>9 90634585</u>	Email <u>VALENTINACVORTIZ@epuad.com</u>	Carrera <u>Trabajo Social</u>
Domicilio Familiar (en caso de provenir de región) <u>Av. Oros 988 casa E</u>		Comuna <u>La Pintana</u>	Región de Procedencia <u>9 90634585</u>
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	☐ BMS \$18.500 JUNAEB	☐ INTEGRACIÓN TERRITORIAL	
☒ GRATUIDAD	☐ BECA EXCELENCIA	☐ BECA VOCACIÓN PROFESOR	☐ FONDO SOLIDARIO	
☐ BECA BICENTENARIO	☐ BECA JUAN GÓMEZ MILLAS	☐ BECA HIJO DE PROFESOR	☐ CRÉDITO AVAL DEL ESTADO	
☐ BECA UNIVERSIDAD DE CHILE	☐ JUAN GÓMEZ M. EXTRANJEROS	☐ BECA PSU	☐ OTRA	

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

	RUT	NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	ACTIVIDAD	PREV. SALUD	INGRESOS
1	20.146.231-2	Valentina Willanueva	20	soltera	alumna	estudiante	Fonosa	0
2	8.096.483-8	Monica Ortiz	57	divorciada	madre	administrativa	Fonosa	209.996
3								
4								
5								
6								

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

☐ PROPIA/ AVALÚO \$	☐ ARRIENDA/MONTO \$	☐ USUFRUCTUARIO/AVALÚO \$	PARENTESCO CON PROPIETARIO
☐ DIVIDENDOS/MONTO \$	☐ ARRIENDA PIEZA/MONTO \$	☒ ALLEGADOS/AVALÚO \$	

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

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

V.- ANTECEDENTES SOCIALES

☒ ENFERMEDAD CATASTRÓFICA O DISCAPACIDAD	☐ ALUMN@ CON GASTO EXTRA LOCOMOCIÓN	☐ FAMILIA UNIPARENTAL
☐ ENDEUDAMIENTO GRAVE	☐ ALUMN@ DEMORA MÁS DE 2 HORAS DE VIAJE	☐ FAMILIA HASTA 3 INTEGRANTES
☒ ENFERMEDAD PERMANENTE	☐ INTEGRANTE FAMILIA QUE ESTUDIA FUERA DEL LUGAR DE ORIGEN	☐ HACINAMIENTO
☐ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	☐ ALUMN@ CON HIJO/S A SU CARGO	☐ FAMILIA MÁS DE 7 INTEGRANTES
☐ PROBLEMAS DE ALCOHOL/DROGAS	☐ ALUMN@ 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.

Valentina
FIRMA ALUMNO

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

1.- NOMBRE Y TELÉFONO: Monica 992022.674

2.- NOMBRE Y TELÉFONO: Cardine 9 42937650

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

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

Declaración correspondiente al mes de: <u>Octubre</u>	Fecha: <u>16 de Nov.</u>
Nombre estudiante: <u>Valentina Villanueva</u>	Carrera: <u>Trabajo Social</u>
Nº de Integrantes grupo familiar: <u>2</u>	Nº de Integrantes que aportan: <u>1</u>

1. IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

Nombre: <u>Mónica Oatín Castro</u>	RUT: <u>8.096.483-8</u>
Domicilio: <u>Av. Ocea 988 casa E</u>	Fono: <u>9-920 22671</u>
Profesión, oficio o actividad: <u>jefa de local (administrativa)</u>	Fono:
Total ingreso mensual grupo familiar: <u>209.996</u>	

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

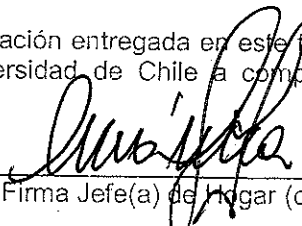
Concepto	Gastos grupo familiar	Gastos adicionales del Grupo Familiar, estudiante en Stgo. (solo si proviene de región)
1. Alimentación		
2. Arriendo	<u>allegadas</u>	
3. Dividendo		
4. Contribuciones		
5. Luz	<u>18.000 gastos</u>	
6. Agua	<u>17.000 carpaetinos</u>	
7. Combustible (gas, parafina, otros)	<u>18.700</u>	
8. Bencina		
9. Movilización	<u>40.000 + 14. PASE VALENTINA</u>	
10. Teléfono (fijo y/o celular)	<u>9-92022671</u>	
11. TV Cable		
12. Internet	<u>22.000</u>	
13. Útiles de aseo		
14. Educación (Escolaridad, Centro padres, otros)	<u>15.000</u>	
15. Créditos de consumo (Casas comerciales, etc.)	<u>VISA = 28.000</u>	
16. Vestuario	<u>10.000</u>	
17. Salud	<u>65.000</u>	
18. Deudas (cuotas pagadas regularmente)	<u>VISA - 28.000</u>	
19. Otro (detallar):		
20. TOTALES	<u>275.700</u>	
21. TOTAL GASTOS GRUPO FAMILIAR	<u>275.700 + GASTOS con</u>	

3. OBSERVACIONES

AYUDA DE FAMILIARES

Los gastos adicionales y que se presentaron de imprevisto tanto en salud como otros los cubro con ayuda de mis hermanos

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


Firma Jefe(a) de hogar (obligatoria)

FORMULARIO DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

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

1. BIENES RAÍCES

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

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

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

3. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD(ES)

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

4. INVERSIONES Y OTROS

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

5. DEUDAS

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

Nombre Jefe(a) de Hogar: _____ Firma: _____

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

FICHA SOCIOECONÓMICA / INFORME SOCIAL

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

Datos Personales Postulante

Nombre : Valentina Villanueva Ortiz.
Rut : 20.146.237-2
Domicilio : AV. OSCA 988 - E
Teléfonos : 990634585
Correo electrónico : ValentinacVortiz@gmail.com.

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
MONICA Ortiz Castro	8.096.483-8	Madre	57	Superior Completo	Administrativa	209.996.
Valentina Villanueva	20.146.237-2	postulo de	20.	Medio Completo	Estudiante	—

Condición de Salud del Grupo Familiar

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

Especificar integrante y la enfermedad:

Madre Monica Ortiz : asma bronquial crónica, osteosis rodilla y muñeca, rinitis crónica, Esclerosis focal, postulante : Rinitis crónica.

FICHA SOCIOECONÓMICA / INFORME SOCIAL

Patrimonio Familiar

Tenencia Vivienda (marque con una X).

Arrendatario ☐

Propietario ☐

Allegado ☒

Usufructuario ☐

Posesión de Vehículos:

SI ☐

AÑO:

PATENTE:

NO ☒

Ingresos del Grupo Familiar

Total Ingresos del Grupo Familiar: 209.996.

Ingreso per cápita del grupo familiar: 104.998.

OBSERVACION ASISTENTE SOCIAL: (obligatorio)

Familia. Mamá parental, la y la madre y el menor del grupo Económico familiar vive de allegados en cada el adulto. Familia de Egresos recibidos Económicos.

Tiene Registro Social de Hogares: SI Tramo socioeconómico: 0% y el 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.

Apolo Lisboa Ortiz
Rut. 15.966.906-8
Trabajador Social



Firma y Timbre de Asistente Social

Fecha, 20/11/2019.

TALLER ARTESANAL DE COMPOSTURA Y
RUT: 7.973.790-9

LIQUIDACION DE SUELDO
AGOSTO DE 2019

RUT:	8.096.483-8	CENTRO DE COSTO:	MATRIZ
NOMBRE:	MONICA BERNARDITA ORTIZ CASTRO	FECHA DE INGRESO:	01-09-2012
AFP:	NODELO	DIAS TRABAJADOS:	30
SALUD:	FONASA	TIPO CONTRATO:	INDEFINIDO

SUELDO BASE PACTADO	170.000	
SUELDO BASE GANADO	170.000	
BONO CUMPLIMIENTO DE META	0	
COMISIONES POR VENTAS	0	
BASE IMPONIBLE	170.000	
COLACIÓN	30.000	
MOVILIZACIÓN	30.000	
ASIGNACION FAMILIAR	12.364	
BASE NO IMPONIBLE	72.364	
TOTAL HABERES		242.364
TOTAL AFP	19.448	
7% SALUD	11.900	
ADICIONAL SALUD		
AFIC TRABAJADOR	1.020	
TOTAL DESCUENTOS PREVISIONALES	32.368	
BASE TRIBUTABLE	137.632	
IMPUESTO UNICO	0	
TOTAL DESCUENTOS NO PREVISIONALES	0	
TOTAL DESCUENTOS		32.368
SUELDO LIQUIDO		209.996
ANTICIPO		0
AGUINALDO		0
OTROS DESCUENTOS		0
LIQUIDO A PAGO		209.996

SON: DOSCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS** *****

Recibí conforme el alcance líquido de la presente liquidación, no teniendo cargo o cobro alguno que hacer por ningún concepto.

Firma trabajador

TALLER ARTESANAL DE COMPOSTURA Y
RIJT: 7.973.790-9

LIQUIDACION DE SUELDO
SEPTIEMBRE DE 2019

RUT:	8.096.483-8	CENTRO DE COSTO:	MATRIZ
NOMBRE:	MONICA BERNARDITA ORTIZ CASTRO	FECHA DE INGRESO:	01-09-2012
AFP:	MODELO	DÍAS TRABAJADOS:	30
SALUD:	FONASA	TIPO CONTRATO:	INDEFINIDO

SUELDO BASE PACTADO	170.000	
SUELDO BASE GANADO	170.000	
BONO CUMPLIMIENTO DE META	0	
COMISIONES POR VENTAS	0	
BASE IMPONIBLE	170.000	
COLACIÓN	30.000	
MOVILIZACIÓN	30.000	
ASIGNACIÓN FAMILIAR	12.364	
BASE NO IMPONIBLE	72.364	
TOTAL HABERES		242.364
TOTAL AFP	19.448	
7% SALUD	11.900	
ADICIONAL SALUD		
AFIC TRABAJADOR	1.020	
TOTAL DESCUENTOS PREVISIONALES	32.368	
BASE TRIBUTABLE	137.632	
IMPUESTO UNICO	0	
TOTAL DESCUENTOS NO PREVISIONALES	0	
TOTAL DESCUENTOS		32.368
SUELDO LIQUIDO		209.996
ANTICIPO		0
AGUINALDO		0
OTROS DESCUENTOS		0
LIQUIDO A PAGO		209.996

SON: DOSCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS** *****

Recibí conforme el alcance líquido de la presente liquidación, no teniendo cargo o cobro alguno que hacer por ningún concepto.

Firma trabajador



Cartola Hogar Registro Social de Hogares

Folio #41036608
Fecha Confirmación Ciudadano: 27/02/2008

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 23 de Octubre de 2019 a las 23:00 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Diciembre 2019

Mónica Bernardita Ortiz Castro

Calificación Socioeconómica

RUN:

8.096.483-8

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

Dirección del Hogar:

Ossa, Nro domicilio: 988, Block: E, La Cisterna.

-Ingresos
+Vulnerabilidad

+Ingresos
-Vulnerabilidad

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

Agrupación Habitacional:

La Calificación Socioeconómica del hogar se calculó en base a los datos que se detallan a continuación:

Integrantes del Hogar

RUN	Nombre	Parentesco con el Jefe(a) del Hogar
8.096.XXX-X	Mónica Bernardita Ortiz Castro	Jefe(a) de hogar
20.146.XXX-X	Valentina Constanza Villanueva Ortiz	Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

Menores de 18 años
0 personas

De 60 años o más
0 persona

Dependencia o discapacidad
0 personas

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: entre \$95.000 y \$145.000
Ingresos de pensiones: menor que \$50.000
Ingresos de capital: menor que \$50.000

**Total Ingresos del hogar
Entre \$95.000 y \$145.000**

En base a información disponible de los últimos 12 meses

Datos Complementarios

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

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

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

 registrosocial.gob.cl

 800 104 777

 Oficinas Chile Atiende

 Municipalidad

Esta cartola fue impresa el 14 de Noviembre de 12:25 hrs. desde la Municipalidad de La Cisterna

CONTRATO DE ARRIENDO

EN LA CISTERNA, REPUBLICA DE CHILE, A 26 de Abril de 2004.-

Entre don DANIEL OSVALDO TAPIA OLMO

C.I.N° 3.817.616-1

por una parte y como arrendador, y don NELSON LUIS MAUREIRA ORTEGA

C.I.N° 5.366.198-k

por la otra parte y como arrendatario, se ha convenido el siguiente contrato de arriendo

PRIMERO Don (ña) DANIEL OSVALDO TAPIA OLMO

da en arrendamiento al arrendatario (a), quien acepta para su

PROPIEDAD

/////

N° 988, casa E ubicada en calle AVENIDA OSSA

Comuna de LA CISTERNA

SEGUNDO La PROPIEDAD

no podrá ser destinada

por el arrendatario (a) sino a CASA HABITACION

TERCERO Don(ña) NELSON LUIS MAUREIRA ORTEGA

arrendatario (a) declara recibir en buen estado de conservación y a su entera satisfacción la propiedad arrendada, obligándose a restituirla al término del presente contrato en el mismo estado habida consideración del desgaste por el tiempo y uso legítimo.

CUARTO. Se obliga el arrendatario a mantener en perfecto estado de aseo y conservación la propiedad arrendada y reparar a su costa cualquier desperfecto que experimente en sus cielos, paredes, vidrios, pintura, instalaciones etc. Se compromete también a pagar mensualmente las cuentas de luz eléctrica, gas, agua potable y extracción de basuras, debiendo exhibir mensualmente al arrendador, los recibos correspondientes.

QUINTO El contrato comienza a regir el PRIMER de MAYO

de 2004 y durará hasta el UN AÑO de de

Se extenderá prorrogado por periodos iguales, salvo que alguna de las partes contratantes le ponga término dando a la otra el aviso en conformidad a la ley

SEXTO El monto de la renta será de \$ 130.000.-

(CIENTO TREINTA MIL

PESOS).-////////////////////

pagaderos por periodos iguales anticipados durante los primeros cinco días de cada mes en el domicilio del arrendador

SÉPTIMO El no cumplimiento de la cláusula anterior por parte del arrendatario dará derecho al arrendador para poner término de inmediato al arriendo, sin forras de juicio y con la sola notificación por carta certificada dirigida al arrendatario a su domicilio.

OCTAVO El arrendatario constituye domicilio en calle AVENIDA OSSA

N° 988, casa E Comuna la cisterna para todos los efectos legales del presente contrato

CLÁUSULA ADICIONAL Los pagos serán cancelados los primeros diez días de cada mes, además las partes entregan y reciben la suma total de \$260.000 (doscientos sesenta mil pesos), por concepto de mes de Arrendamiento y mes de Garantía a plena satisfacción de las partes.-

ARRENDADOR
C.I.N° 3.817.616-1

ARRENDATARIO
C.I.N° 5.366.198-k

AUTORIZO LAS FIRMAS DE LAS PERSONAS INTERESADAS

TALLER ARTESANAL DE COMPOSTURA Y GRABADOS

Contrato de Trabajo

En Santiago, a 01 de Septiembre de 2012, **TALLER ARTESANAL DE COMPOSTURA Y GRABADOS**, RUT N° 7.973.790-9, representada por **LUIS ALBERTO MARTINEZ CARVAJAL**, RUT 11.977.599-K, ambos con domicilio en Santo Domingo N° 863, Local 53, Comuna de Santiago, en adelante el **Empleador**, y don **MONICA BERNARDITA ORTIZ CASTRO**, RUT 8.096.483-8, nacionalidad Chilena, con domicilio en calle Avenida Ossa N° 988, Casa E, Comuna de La Cisterna, Santiago y proveniente de la Región Metropolitana, en adelante el **Trabajador**, se ha convenido el siguiente Contrato Individual de Trabajo:

PRIMERO: El trabajador se compromete y obliga a prestar servicios como **ADMINISTRATIVO** u otro trabajo o función similar, que tenga directa relación con el cargo ya indicado, pudiendo ser trasladado a otro Departamento o Sucursal de la Casa Matriz del Empleador, a condición que se trate de labores similares, en la misma ciudad, y sin que ello importe menoscabo para el trabajador, todo ello sujeto a las necesidades operativas de la Empresa.

SEGUNDO: JORNADA DE TRABAJO El trabajador cumplirá una jornada semanal ordinaria de 45 horas, de lunes a sábado, de acuerdo a los siguientes horarios. De Lunes a Viernes desde las 9:00 horas a las 18:00 horas. El día sábado, el horario es desde las 9:00 horas a las 14:00 horas. La jornada de trabajo de lunes a viernes será interrumpida con un descanso de una hora, destinada a la colación, tiempo que será de cargo del trabajador.

TERCERO: Cuando por necesidades de funcionamiento de la Empresa, sea necesario pactar trabajo en tiempo extraordinario, el Empleado que lo acuerde desde luego se obligará a cumplir el horario que al efecto determine el Empleador, dentro de los límites legales. Dicho acuerdo constará por escrito y se firmará por ambas partes, previamente a la realización del trabajo.

A falta de acuerdo, queda prohibido expresamente al Empleado trabajar sobretiempo o simplemente permanecer en el recinto de la Empresa, después de la hora diaria de salida, salvo en los casos a que se refiere el inciso precedente.

El tiempo extraordinario trabajado de acuerdo a las estipulaciones precedentes, se remunerará con el recargo legal correspondiente y se liquidará y pagará conjuntamente con la remuneración del respectivo período.

CUARTO: El trabajador percibirá un sueldo de \$170.000.- (Ciento setenta mil pesos) mensuales, pagadero por meses vencidos. Las deducciones que el Empleador podrá según los casos, practicar a las remuneraciones, son todas aquéllas que dispone el artículo 58 del Código del Trabajo. Las instituciones provisionales corresponden a MODELO, como Administradora de Fondos de Pensiones, y FONASA como institución de salud.

QUINTO : El trabajador, asimismo, acepta y autoriza al Empleador para que haga las deducciones que establecen las leyes vigentes y, para que le descuente el tiempo no trabajado debido a atrasos, inasistencias o permisos y, además, la rebaja del monto de las multas establecidas en el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, en caso que procedieren.

SEXTO: La Empresa se obliga a pagar al empleado una gratificación mensual equivalente al 25 por ciento de su sueldo base. La gratificación así convenida es la que indica la aplicación del artículo 50 del Código del Trabajo.

SEPTIMO: El empleador se compromete a otorgar o suministrar al trabajador los siguientes beneficios: a) Pago por Colación; b) Pago por Movilización.

El trabajador se obliga y compromete expresamente a cumplir las instrucciones que le sean impartidas por su jefe inmediato o por la Gerencia de la empresa y, acatar en todas sus partes las disposiciones establecidas en el Reglamento de Orden, Higiene y Seguridad las que declara conocer y que, para estos efectos se consideran parte integrante del presente contrato, reglamento del cual el trabajador recibe un ejemplar en este acto.

OCTAVO: Las partes acuerdan en este acto que los atrasos reiterados, sin causa justificada, de parte del trabajador, se considerarán incumplimiento grave de las obligaciones que impone el presente contrato y darán lugar a la aplicación de la caducidad del contrato, contemplada en el art. 160 N°7 del Código del Trabajo. Se entenderá por atraso reiterado el llegar después de la hora de ingreso durante tres días seguidos o no, en cada mes calendario. Bastará para acreditar esta situación la constancia en el respectivo Control de Asistencia.

NOVENO: El presente contrato regirá desde el 01 de Septiembre de 2012, y tendrá una duración indefinida. Sin embargo, cualquiera de las partes, o ambas, según el caso, podrán ponerle término en cualquier momento con arreglo a la ley.

DECIMO: Para todas las cuestiones a que eventualmente pueda dar origen este contrato, las partes fijan domicilio en la ciudad de Santiago.

DECIMO PRIMERO: Se deja constancia que el Empleado ingresó al servicio de la Empresa con fecha 01 de Septiembre de 2012. El presente contrato se firma en dos ejemplares, quedando en este mismo acto uno en poder de cada contratante.



**MONICA BERNARDITA
ORTIZ CASTRO
RUT 8.096.483-8**



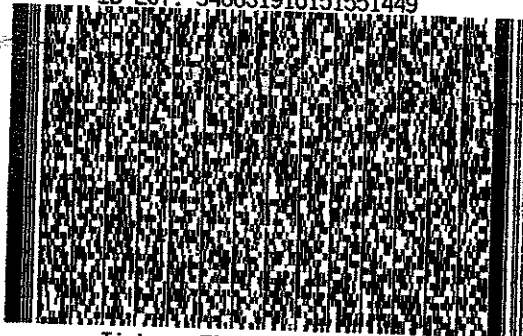
**TALLER ARTESANAL DE
COMPOSTURA Y GRABADOS
RUT N° 7.973.790-9**

FARMACIAS AHUMADA S.A.
 Av. Los Jardines 972 Ciudad Empresarial
 Huechuraba
 GIRO: FARMACIAS, HIPERMERCADOS
 R.U.T.: 76.378.831-8
 SUCURSAL: 546 CAJA: 03
 Av. Americo Vesputio 33, Local 26., LA CISTE
 RNA, SANTIAGO
 BOLETA ELECTRONICA No 175062576
 FECHA DE EMISION: 15/10/2019 HORA: 14:17

ARTICULO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
SENTIS 37.5MG. X 30CAP.		2	55.590
(\$ 27.795,00 c/u)			
**Descuento Grandes personas			-13.898
Sub-Total Boleta	\$		55.590
Total Dcto Grandes personas	\$		13.898
Total Boleta	\$		41.692
TRANSBANK	\$		41.692

Vendedor : 004064-VALEZKA IRENE LILLO

ID LOY: 546031910151551449



Timbre Electrónico SII
 Res. 141 del 30-08-2010
 Verifique documento:
www.farmaciasahumada.cl

Cambio de productos de conformidad
 a lo dispuesto en la Ley N° 19.496
 sobre Protección de los Derechos
 de los Consumidores

TU OPINION NOS IMPORTA
 Evalúa nuestro servicio en:

www.AHUMADAEXPERIENCIA.cl

y participa en el sorteo mensual de
 10 Gift Card Ahumada de \$30.000 cada una.

Ingresa el código: 000175062576

Bases legales en www.ahumadaexperiencia.cl

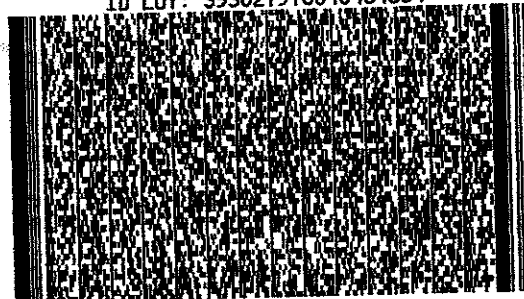
FARMACIAS AHUMADA S.A.
 Av. Los Jardines 972 Ciudad Empresarial
 Huechuraba
 GIRO: FARMACIAS, HIPERMERCADOS
 R.U.T.: 76.378.831-8
 SUCURSAL: 393 CAJA: 02
 Gran Avenida N° 6150, San Miguel, SANTIAGO
 BOLETA ELECTRONICA No 174517675
 FECHA DE EMISION: 04/10/2019 HORA: 17:57

ARTICULO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
PLEXUS JBE.120ML.		1	11.995
(\$ 11.995,00 c/u)			
**Descuento Grandes personas			-1.439
SALBUTAMOL 100MG IN LF		1	2.295
(\$ 2.295,00 c/u)			
**Descuento Grandes personas			-275
IPSON FTE.200MG.SUSP120		1	13.495
(\$ 13.495,00 c/u)			
**OF.ESP.IPSON FTE.SUSP.120ML			-7.705
Sub-Total Boleta	\$		27.785
Total Dcto Grandes personas	\$		1.714
Total Dcto Ahumada	\$		7.705
Total Boleta	\$		18.366

TRANSBANK \$ 18.366

Vendedor : 001471-JACQUELINE ESTER RU

ID LOY: 393021910040464584



Timbre Electrónico SII
 Res. 141 del 30-08-2010
 Verifique documento:
www.farmaciasahumada.cl

Cambio de productos de conformidad
 a lo dispuesto en la Ley N° 19.496
 sobre Protección de los Derechos
 de los Consumidores

TU OPINION NOS IMPORTA
 Evalúa nuestro servicio en:

www.AHUMADAEXPERIENCIA.cl

y participa en el sorteo mensual de
 10 Gift Card Ahumada de \$30.000 cada una.

Ingresa el código: 000174517675

Bases legales en www.ahumadaexperiencia.cl

SALCOBRAND

SALCOBRAND S.A. R.U.T.: 76.031.071-9
GRAN AVENIDA 5617-5627 SAN MIGUEL
C.M: AV. LIB. BDO. OHIGGINS 877 SANTIAGO
GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
VERSION: V61.0 04.11.19 SWIFT
D:00007150 T:9412 L:182 C:001
FECHA EMISION : 14/11/2019 HORA : 11:17

DOVE AP.ST.ORIGIN 1U 2.790

EFFECTIVO 20.000
CAMBIO 17.210
TOTAL 2.790

ATENDIDO POR : MIRIAM GOMEZ



TIMBRE ELECTRONICO
RES.EXE. No 73 DEL 31 DE MAYO DEL 2011

BOLETA ELECTRONICA Nro. 415353460 CAJA: 1
Verifique documento en www.salcobrand.cl



3904153534603

IV. LOS JARDINES 312 P.O. Box 100000
Huechuraba

GIRO: FARMACIAS, HIPERMERCADOS

R.U.T.: 76.378.831-8

SUCURSAL: 393 CAJA: 03

Gran Avenida N° 6150, San Miguel, SANTIAGO

BOLETA ELECTRONICA No 173719335

FECHA DE EMISION: 11/09/2019 HORA: 15:20

ARTICULO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
RECETAS MAGISTRALES		1	7.947
(\$ 7.947,00 c/u)			
**Descuento Grandes personas			-2.297
RECETAS MAGISTRALES		1	11.196
(\$ 11.196,00 c/u)			
=====			
Sub-Total Boleta	\$		19.143
Total Dcto Grandes personas	\$		2.297
Total Boleta	\$		16.846

RED COMPRA \$ 16.846

Vendedor : 006300-JAIME ANDRES MUBOZ

ID LOY: 393031909111154990



Timbre Electrónico SII

Res. 141 del 30-08-2010

Verifique documento:

www.farmaciasahumada.cl

Cambio de productos de conformidad
a lo dispuesto en la Ley N° 19.496
sobre Protección de los Derechos
de los Consumidores

TU OPINION NOS IMPORTA

Evalúa nuestro servicio en:

www.AHUMADAEXPERIENCIA.cl

y participa en el sorteo mensual de
10 Gift Card Ahumada de \$30.000 cada una.

Ingresar el código: 000173719335

Bases legales en www.AHUMADAEXPERIENCIA.cl

R.U.T.: 89.807.200-2

Casa Matriz: AVENIDA EL SALTO # 4875, HUECHURABA,
HUECHURABA

Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, MINIMARKET, SERVICIOS
POSTALES Y DE RECAUDACION

Boleta Electrónica N°: 633394094

Caja: 6

Fecha: 12-07-2019

Hora: 14:21:02

Sucursal: 417 GRAN AVENIDA 6567 LA CISTERNA

CLUB CRUZ VERDE - SOCIO SILVER

Venta Por Convenio Conv.: 20066/1

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
XUMER COMREC.60MG.14	1	13.990	13.990
***DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-2.099
SUBTOTAL BOLETA \$			11.891
TOTAL EXENTO \$			0
TOTAL \$			11.891

PRODUCTOS	1	UNIDADES	1
Ajuste Ley 20.956			-1
Dinero		\$	20.000
Efectivo		\$	11.890
Vuelto		\$	8.110

MONICA ORTIZ

Vendedor: 11127 JOSE ELIAS MUÑOZ BAEZA

[122467]

MONICA ORTIZ, usa tu Tarjeta Cruz Verde y obten un 20%
de Dcto TODOS LOS DIAS en Medicamentos. Dcto solo para
clientes del CLUB, dcto no acumulable. Valido hasta el
31/07/2019.

A.263663215

Hola MONICA ORTIZ
¡CONOCE TUS DESCUENTOS CLUB CRUZ VERDE!
TOTAL DESCUENTOS ACUMULADOS: \$ 132.613



Timbre Electrónico SII
Res. 19 7-2-2011 Verifique Documento: www.cruzverde.cl

FARMACIAS CRUZ VERDE S.A.

R.U.T.: 89.807.200-2

Casa Matriz: AVENIDA EL SALTO # 4875, HUECHURABA,
HUECHURABA

Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, MINIMARKET, SERVICIOS
POSTALES Y DE RECAUDACION

Boleta Electrónica N°: 633397081

Caja: 6

Fecha: 23-09-2019

Hora: 16:00:41

Sucursal: 417 GRAN AVENIDA 6567 LA CISTERNA

CLUB CRUZ VERDE - SOCIO SILVER

Venta Por Convenio Conv.: 20066/1

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
CENTRUM SILVER COM.60	1	16.990	16.990
***DESCUENTO FCV			-6.000
ELCAL-D CAP.60	1	10.490	10.490
***DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-2.623

SUBTOTAL BOLETA \$			18.857
TOTAL EXENTO \$			0
TOTAL \$			18.857

PRODUCTOS	2	UNIDADES	2
TBK D NU.00001041762019092316003910		\$	18.857

MONICA ORTIZ

Vendedor: 11126 VIRGINIA CANDIA RIQUELME

[128280]

MONICA ORTIZ, usa tu Tarjeta Cruz Verde y obten un 20%
de Dcto TODOS LOS DIAS en Medicamentos. Dcto solo para
clientes del CLUB, dcto no acumulable. Valido hasta el
30/09/2019.

A.278671864

Hola MONICA ORTIZ
¡CONOCE TUS DESCUENTOS CLUB CRUZ VERDE!
TOTAL DESCUENTOS ACUMULADOS: \$ 133.038



Timbre Electrónico SII
Res. 19 7-2-2011 Verifique Documento: www.cruzverde.cl

Gran Avenida N° 6150, San Miguel, SANTIAGO
BOLETA ELECTRONICA N° 173719391
FECHA DE EMISION: 11/09/2019 HORA: 18:27

ARTICULO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
PLEXUS JBE.120ML. (\$ 11.995,00 c/u)		1	11.995
**Descuento Grandes personas			-1.440
PEREBRON.JBE.100ML. (\$ 5.795,00 c/u)		1	5.795
**Descuento Grandes personas			-695
NAPROXENO 550MG.X10COMP (\$ 2.145,00 c/u)		1	2.145
**Descuento Grandes personas			-257
P.DISCO DESM.OPT.2X8OU. (\$ 1.899,00 c/u)		1	1.899
RUPAFIN SOL.1MG/ML.FCO (\$ 15.695,00 c/u)		1	15.695
**Descuento Grandes personas			-1.884
BOLSA ECO TAMANO S 1U (\$ 120,00 c/u)		1	120
**PROM. BOLSA PAPEL KRAF 1UN.			-120

Sub-Total Boleta	\$	37.649	
Total Dcto Grandes personas	\$	4.276	
Total Dcto Ahumada	\$	120	
Total Boleta	\$	33.253	

RED COMPRA	\$	33.253	

Vendedor :006300-JAIME ANDRES MUÑOZ

ID LOY: 393031909111166402



Timbre Electrónico SII
Res. 141 del 30-08-2010
Verifique documento:
www.farmaciasahumada.cl

Cambio de productos de conformidad
a lo dispuesto en la Ley N° 19.496
sobre Protección de los Derechos
de los Consumidores

TU OPINION NOS IMPORTA

Evalúa nuestro servicio en:

www.AHUMADAEXPERIENCIA.cl

y participa en el sorteo mensual de
10 Gift Card Ahumada de \$30.000 cada una.

Ingresar el código:000173719391

Bases legales en www.ahumadaexperiencia.cl

Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, MINIMARKET, SERVICIOS
POSTALES Y DE RECAUDACION

Boleta Electrónica N°: 1215133375 Caja: 4
Fecha: 09-10-2019 Hora: 14:18:42
Sucursal: 1023 Av. Recoleta 464, Edificio H, Acceso Prin
CLUB CRUZ VERDE - SOCIO SILVER
Venta Por Convenio Conv.: 20066/1

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
SYNALLER SUS.NAS.50MCG20	1	13.990	13.990
***DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-2.099
RINOVAL SUS.NAS.50MCG.12	1	14.780	14.780
*****DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-1.035
IBUPIRAC FLU FTE.SUS.100	1	10.290	10.290
*****DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-721
CLATIC SUS.250MG/5ML.00M	1	17.450	17.450
*****DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-1.222
BERSEN COM.20MG.20	1	6.290	6.290
***DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-1.250
IBUPIRAC FLU FTE.COM.10	1	5.290	5.290
*****DCTO EXCLUSIVO CLUB CRUZ VERDE			-371

SUBTOTAL BOLETA \$ 61.394
DCTO TCV y CLUB CRUZ VERDE \$ -6.912
TOTAL EXENTO \$ 0
TOTAL \$ 54.472

PRODUCTOS 6 UNIDADES 6

Tarjeta TCV COD.55974228 \$ 54.472

MONICA ORTIZ

Vendedor: 11428 ROSA SALAS HENRIQUEZ [51258]

MONICA ORTIZ, usa tu Tarjeta Cruz Verde y obtén un 20%
de Dcto TODOS LOS DIAS en Medicamentos. Dcto solo para
clientes del CLUB, dcto no acumulable. Valido hasta el
31/10/2019.

A.282216355

Hola MONICA ORTIZ
(CONOCE TUS DESCUENTOS CLUB CRUZ VERDE!)

TOTAL DESCUENTOS CLUB EN ESTA COMPRA: \$ 3.349

TOTAL DESCUENTOS ACUMULADOS: \$ 147.283



Timbre Electrónico SII
Res. 14 7-2-2011 Verifique documento: www.ahumada.cl

FARMACIAS AHUMADA S.A.
 Av. Los Jardines 972 Ciudad Empresarial
 Huechuraba
 GIRO: FARMACIAS, HIPERMERCADOS
 R.U.T.: 76.378.831-8
 SUCURSAL: 393 CAJA: 04
 Gran Avenida N° 6150, San Miguel, SANTIAGO
 BOLETA ELECTRONICA No 161592011
 FECHA DE EMISION: 07/11/2019 HORA: 11:05

ARTICULO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
RUPAFIN SOL.1MG/ML FCO (\$ 15.695,00 c/u)		1	15.695
**Descuento Grandes personas			-1.883
Sub-Total Boleta	\$		15.695
Total Dcto Grandes personas	\$		-1.883
Total Boleta	\$		13.812
Ajuste por redondeo	\$		-2
EFFECTIVO	\$		15.000
Vuelto	\$		1.190

Vendedor : 002039-MARITZA VERONICA FE

ID LOY: 393041911070739936



Timbre Electrónico SII
 Res. 141 del 30-08-2010
 Verifique documento:
www.farmaciasahumada.cl

Cambio de productos de conformidad
 a lo dispuesto en la Ley N° 19.496
 sobre Protección de los Derechos
 de los Consumidores

TU OPINION NOS IMPORTA
 Evalúa nuestro servicio en:

www.AHUMADAEXPERIENCIA.cl

y participa en el sorteo mensual de
 10 Gift Card Ahumada de \$30.000 cada una.

Ingresar el código: 000161592011

Bases legales en www.ahumadaexperiencia.cl

FARMACIAS CRUZ VERDE S.R.L.

R.U.T.: 89.807.200-2

Casa Matriz: AVENIDA EL SALTO # 4875, HUECHURABA,
 HUECHURABA

Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
 VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, MINIMARKET, SERVICIOS
 POSTALES Y DE RECAUDACION

Boleta Electrónica N°: 1227131038 Caja: 1
 Fecha: 17-10-2019 Hora: 15:38:51
 Sucursal: 417 GRAN AVENIDA 6567 LA CISTERNA
 CLUB-CRUZ VERDE - SOCIO SILVER
 Venta Por Convenio Conv.: 20066/1

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
LUBRIDERM CR.P/SE.PROM40	1	4.290	4.290
SUBTOTAL BOLETA \$			4.290
TOTAL EXENTO \$			0
TOTAL \$			4.290

PRODUCTOS	1	UNIDADES	1
TBK D NU.00001041712019101715382240			\$ 4.290

MONICA ORTIZ

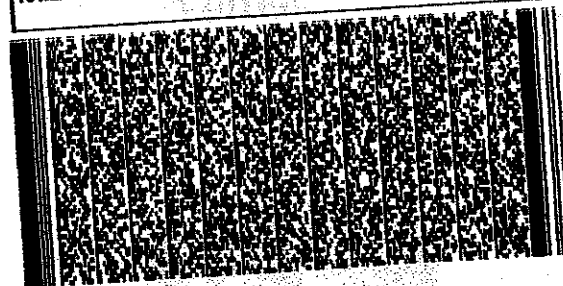
Vendedor: 592 Cinthia Lourdes Bolivar R. [235577]

MONICA ORTIZ, usa tu Tarjeta Cruz Verde y obtén un 20%
 de Dcto TODOS LOS DIAS en Medicamentos. Dcto solo para
 clientes del CLUB, dcto no acumulable. Valido hasta el
 31/10/2019.

A.283907130

Hola MONICA ORTIZ
 ¡CONOCE TUS DESCUENTOS CLUB CRUZ VERDE!

TOTAL DESCUENTOS ACUMULADOS: \$ 147.283



Timbre Electrónico SII
 Res. 19 7-2-2011 Verifique Documento: www.cruzverde.cl

COMPROBANTE DE VENTA CON PIN
TARJETA DE CREDITO

Farmacias Ahumada
Av.Los Jardines 972 Ciudad Empresarial
Huechuraba
597029449325 - 4.0.5.1

FECHA HORA TERMINAL
04/10/19 18:56:06 S2PCD29449325306

NUMERO DE TARJETA FECHA DE EXP/MARCA
*****7429 ****/VI

MONTO \$ 18.366
TOTAL \$ 18.366

TIPO DE VENTA : SIN CUOTAS
NUMERO DE BOLETA : 174517675
EMPLEADO : 1471

NUMERO DE OPERACION : 001015386
CODIGO DE AUTORIZACION : 951498
N.UNICO: 03930002004088191004175729

GRACIAS POR SU COMPRA
ORIGINAL COMERCIO
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

COMPROBANTE DE VENTA CON PIN
PAGO EN CUOTAS
TARJETA DE CREDITO

Farmacias Ahumada
Av.Los Jardines 972 Ciudad Empresarial
Huechuraba
597029885427 - 4.0.5.1

FECHA HORA TERMINAL
15/10/19 14:17:35 S2PCD29885427751

NUMERO DE TARJETA FECHA DE EXP/MARCA
*****7429 ****/VI

MONTO \$ 41.692
TOTAL \$ 41.692

NUMERO DE CUOTAS : 03
MONTO DE CUOTA : \$ 15.494
TIPO DE CUOTAS : CUOTAS-PAGO DIFERIDO

NUMERO DE BOLETA : 175062576
EMPLEADO : 4064

NUMERO DE OPERACION : 001101921
CODIGO DE AUTORIZACION : 256915
N.UNICO: 05460003000559191015141904

TRANSACCION EN CUOTAS CON PAGO
DIFERIDO DE PLAZO 002

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

COMPROBANTE DE VENTA
TARJETA DE DEBITO

Farmacias Ahumada
Av.Los Jardines 972 Ciudad Empresarial
Huechuraba
597029449325 - 4.0.5.1

FECHA HORA TERMINAL
11/09/19 16:19:54 S2PCD29449325298

FECHA CONTABLE
12/09/19

NUMERO DE TARJETA
*****9016

COMPRA DEBITO \$ 16.846
TOTAL \$ 16.846

NUMERO DE BOLETA : 173719335
EMPLEADO : 6300

NUMERO DE OPERACION : 001013576
CODIGO DE AUTORIZACION : 457765
N.UNICO: 930003007739190911152025

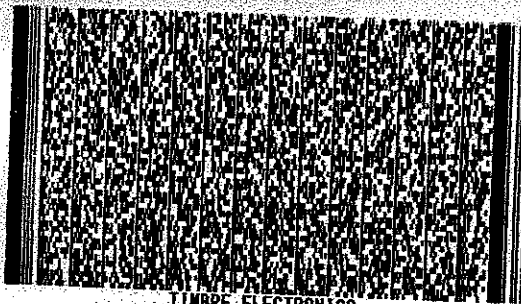
GRACIAS POR SU COMPRA
COPIA CLIENTE
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

SALCOBRAND S.A.
GRAN AVENIDA 5617
C.A. SAN MIGUEL, MONTEVIDEO
BIBO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
VERSION: V61.0 04.11.19 SWIFT
0:00009139 T:9321 L:182 C:04
FECHA EMISION : 08/11/2019 HORA : 11:27:58

RECETA 10516883 10 19.554

DEBITO ONLINE 19.554
TOTAL 19.554

ATENDIDO POR : KATHERINE SANGUINETT



TIMBRE ELECTRONICO
RES.EXE. No 73 DEL 31 DE MAYO DEL 2011

BOLETA ELECTRONICA Nro. 415351354 CAJA: 2
Verifique documento en www.salcobrand.cl



3904153513547

SR(A).: Marcelo Ortiz - Cliente Salcobrand

RECETA MAGISTRAL

Contraseña	Saldo	Abono\$	Total
000010516883	0	19.554	19554

VENTA DEBITO
SALCOBRAND
GRAN AVENIDA 5617
SAN MIGUEL
597030044118 - S2PCD30044118587
08/11/19 11:27:58 B-MT *****9018
FECHA CONTABLE : 08/11/19
MONTO \$ 19.554
TOTAL \$ 19.554
EMPLEADO : 9139 BOLETA: 415351354
NUMERO OPERACION : 001005161
CODIGO AUTORIZACION: 846205
NUMERO UNICO : 01820002932120191108112823
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

SALCOBRAND S.A.
 GRAN AVENIDA 5617-5623
 C.M.: AV. LIB. BDO. OHTB
 GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
 VERSION: V61.0 09.11.19 SWIFT
 0:00009139 T:9322 L:182
 FECHA EMISION: 08/11/2019 HORA: 13:23

RECETA 10516861
 DEBITO ONLINE
 TOTAL

ATENDIDO POR: KATHERINE SANGUINETT



RES.EXE. No 73 DEL 31 DE MAYO DEL 2011
 BOLETA ELECTRONICA Nro. 415351357 CAJA: 2
 Verifique documento en www.salcobrand.cl



SR(A): Marcelo Ortiz - Cliente Salcobrand

RECETA MAGISTRAL			
Contraseña	Saldo	Abono\$	Total
000010516861	0	13.923	13923

VENTA DEBITO
 SALCOBRAND
 GRAN AVENIDA 5617
 SAN MIGUEL
 597030044118 - S2PCD30044118587 B-MT *****9018
 08/11/19 11:29:14 08/11/19
 FECHA CONTABLE \$ 9139 BOLETA: 415351357
 MONTO \$ 863850
 TOTAL
 EMPLEADO
 NUMERO OPERACION: 01820002932220191108112943
 CODIGO AUTORIZACION
 NUMERO UNICO
 ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON ENTOR



E.R.A

**CARNET DE CITACIÓN
DE PACIENTES CRÓNICOS**

Nombre: MONICA ORTIZ CASTRO

Domicilio: AV. Q55A # 928-E

Nº Ficha: 2669

Patología: EBOC-ASMA B.

Consultorio: CBL

RUT: 8-096.483-8



SERVICIO DE IMAGENOLOGIA



NOMBRE : MÓNICA BERNARDITA ORTIZ
CASTRO
EDAD : 57Años
FICHA : 0138337
RUT : 8096483-8
FECHA EXAMEN : 12-05-2019

TC de Cavidades Paranasales -

Hallazgos:

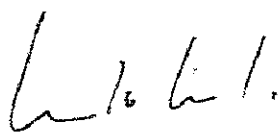
Extensos cambios postquirúrgicos en las cavidades nasales con turbinectomía inferior parcial y total media y superior, uncinectomías, etmoidectomía y engrosamiento mucoso marginal de la cavidad remanente de las cavidades paranasales, destacando esclerosis de la pared del seno esfenoidal y pared posterior de los senos maxilares, signo de cronicidad inflamatoria. No hay pólipos categóricos en el presente estudio. Mínima incurvación en S itálica del tabique nasal. Ocupación de recesos olfatorios. No hay una lesión destructiva en las cavidades paranasales. Resto sin hallazgos destacables.

Informe Validado por: Dr./Dra: - Andres Miranda Merchak

CERTIFICADO

El FONDO NACIONAL DE SALUD certifica que, de acuerdo a sus registros, Don(a) **MÓNICA BERNARDITA ORTIZ CASTRO**, RUN 8096483-8, figura como afiliado (o beneficiario) del FONDO NACIONAL DE SALUD, encontrándose clasificado en el Grupo B, a que se refiere el artículo 160 D.F.L N° 01 del 2005, con certificación vigente.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines relacionados al área de salud.



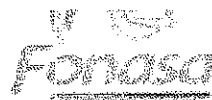
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

Queremos que esté más informado.
Llámenos al 600 360 3000
Visítenos en www.fonasa.cl

Este certificado tiene validez de 60 días, después de su emisión.

Fecha Emisión: 14/11/2019
Código de Verificación: 2463450394

Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 14/11/2019

El **FONDO NACIONAL DE SALUD** dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) **MÓNICA BERNARDITA ORTIZ CASTRO**, RUN **8096483-8**, correspondientes al período de 11-2018 a 11-2019.

Rut Empleador	Empleador	Periodo de Remuneraciones	Tipo Declaración	Regimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	08-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		04-09-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	07-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		03-09-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	06-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		03-09-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	05-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		13-06-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	04-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		09-05-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	03-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		09-05-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	02-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		13-03-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	01-2019	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		12-02-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	12-2018	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		12-02-2019
7973790-9	APOLO ANTONIO ORTIZ CASTRO	11-2018	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$170,000	\$11,900	30	COTIZACIONES		12-02-2019

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines relacionados al área de salud.



Marcelo Mosso Gómez

Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

Este certificado tiene una validez de 60 días, después de su emisión.

Código 832295

Notas:

1. Verifique que los montos aquí señalados sean iguales a los descuentos por concepto de cotización por salud FONASA efectuados por su empleador en su liquidación de remuneraciones o pensión. Cualquier consulta o reclamo se debe hacer llegar a FONASA a través de la página web (<http://www.fonasa.cl>).
2. Esta cartola de cotizaciones no es válida para efectos de lo establecido en la Ley N°19.844, relativa a acreditación de pago de cotizaciones previsionales por parte del empleador.
3. CT: Cotizaciones Temporales, serán validadas por FONASA en forma posterior.
4. PBS: Pensión Básica Solidaria.