

FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

Rut estudiante: 20.042.790-4 DV: _____
Nombres estudiante: Alondra Andromeda
Apellido paterno: Oyarzún
Apellido materno: Romero
Teléfono (Cód. Área) _____ Número: _____
Celular (09-08-07-06-05) 09 Número: 968303058
E-mail: alondraandromedaoyarzun @ gmail.com

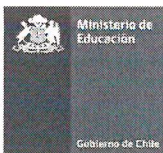
DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución Universidad de Chile
Nombre carrera: Antropología con mención en Arqueología
Año de ingreso: 2017

DATOS DE BENEFICIOS (marque con X el(los) beneficio(s) que tiene)

☐ Gratuidad	☐ Hijos de Profesionales de la Educación
☐ DTE ¹ o Puntaje PDT/PSU	☐ Reparación - Titular Valech
☐ Bicentenario	☐ Reparación - Traspaso Valech
☐ Juan Gómez Millas	☐ Cumplimiento de Sentencias y Acuerdos
☐ Vocación de Profesor	☐ Continuidad de Estudios U. del Mar
☐ Excelencia Académica	☐ Continuidad de Estudios U. ARCIS
☐ Nuevo Milenio o Excelencia Técnica	☐ Continuidad de Estudios U. Iberoamericana
☐ Articulación	☐ Continuidad de Estudios U. del Pacífico

¹ DTE: Distinción a las Trayectorias Educativas



2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (marque con una x los semestres de suspensión)

2023	☒	1° semestre
	☒	2° semestre

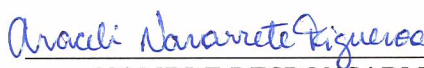
Motivo de Suspensión (marque con x)

- ☐ Embarazo
- ☐ Cambio en la situación socioeconómica del grupo familiar
- ☐ Jornada Laboral del estudiante impide continuidad de estudios
- ☐ Cambio de ciudad de residencia del estudiante
- ☐ Falta de carga académica del estudiante que impide continuidad de estudio
- ☐ Pasantía en el extranjero
- ☐ Problemas de salud del estudiante
- ☒ Problemas de salud de un integrante grupo familiar directo
- ☐ Cuidado del hijo(a) recién nacido(a)
- ☐ Condena Judicial
- ☐ Otro

Declaro conocer que la suspensión de mi(s) beneficio(s) queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.


FIRMA BENEFICIADO

30/04/2023
FECHA DE SOLICITUD


NOMBRE RESPONSABLE
INSTITUCIÓN



05-05-23

FECHA Y TIMBRE
INSTITUCIÓN



Observaciones Institución:

DRA. MARISOL PINTO CÉSPEDES

MÉDICO PSQUIATRA
RUT: 16.128.958-2 RCM: 31.650-4
CALLE MAIPU 367, SAN BERNARDO
✉ mari.pintocespedes@gmail.com

0002710

Fecha: 21/3/23

Nombre Paciente: Ane Mariá Romero González

Edad: 11.525.781-1 Ciudad: Stgo

Domicilio: _____

Rp.

Solicitud:

- Hemograma + VHS
- Perfil Bioquímico
- Crea / BUN
- Electrolytes plasmáticos
- TSH
- T4 libre
- Vitamine D
- Vitamine B12
- Omega Complex

Dra. Marisol Pinto Céspedes
Médico Psiquiatra
16.128.958-2
RCM 31650-4

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

CLÍNICA 1460 / SANTIAGO • FONOTAX: 25543841 • R.U.T.: 78.951.360-1

DRA. MARISOL PINTO CÉSPEDES

MÉDICO PSQUIATRA
RUT: 16.128.958-2 RCM: 31.650-4
CALLE MAIPU 367, SAN BERNARDO
✉ mari.pintocespedes@gmail.com

0002711

Fecha: 21/3/23

Nombre Paciente: Ane Mariá Romero González

Edad: 11.525.781-1 Ciudad: Stgo

Domicilio: _____

Rp.

Solicitud

ECG en reposo

Dra. Marisol Pinto Céspedes
Médico Psiquiatra
16.128.958-2
RCM 31650-4

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

CLÍNICA 1460 / SANTIAGO • FONOTAX: 25543841 • R.U.T.: 78.951.360-1

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 083985645-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROMERO	GONZÁLEZ	ANA MARÍA	11525781 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
21032023	23032023	52	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
21	VEINTIUNO		
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO		
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO			
	DIA	MES	AÑO
HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			
	MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

2	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	B A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA	Pedro onca 685, San Bernardo
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-82037446

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PINTO	CÉSPEDES	MARISOL	16128958 - 2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
31650-4		PSIQUIATRÍA	1
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
02-9999999/	Covadonga 121, San Bernardo		
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 083985645-8

Sucursal : CENTRO DE BIENESTAR INTEGRAL ALANZA LIMITADA -
CENTRO DE BIENESTAR INTEGRAL ALANZA LIMITADA

Fecha Otorgamiento : 21-03-2023 21:52 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : CENTRO POLITECNICO PARTICULAR DE SAN RAMON

1. Datos Profesional

Profesional : PINTO CÉSPEDES, MARISOL
Rut : 16128958-2
Especialidad : PSIQUIATRÍA
Dirección : Covadonga 121, San Bernardo - Tel: 02-9999999

2. Datos Trabajador

Nombre : ROMERO GONZÁLEZ, ANA MARÍA
Rut : 11525781-1
Edad : 52
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 23-03-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 21 Dirección : Pedro onca 685, San Bernardo
Fecha término : 12-04-2023 Teléfono : 09-82037446
Tipo : Reposo Parcial -Tarde

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 21-03-2023 21:52 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65116354-4
Fecha de Recepción : 21-03-2023
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **83985645-8** y código de verificación: **I-b3ffa4**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.

RP (Prescripción)

lamotrigina 50 mg comprimido**Administrar:**

Dosis

0.5 comprimido

Vía de Administración

oral

Frecuencia

Administrar cada 24 horas

Periodo de Tratamiento

Durante 6 meses

Indicación de administración

**1/2 comp cada mañana permanente. En caso de alergia o
ronchas en piel consultar urgentemente y suspender****olanzapina 10 mg comprimido****Administrar:**

Dosis

1 comprimido

Vía de Administración

oral

Frecuencia

Administrar cada 24 horas

Periodo de Tratamiento

Durante 6 meses

Indicación de administración

1 comp cada noche permanente**escitalopram 10 mg comprimido****Administrar:**

Dosis

1 comprimido

Vía de Administración

oral

Frecuencia

Administrar cada 24 horas

Periodo de Tratamiento

Durante 6 meses

Indicación de administración

**Suspender venlafaxina(1 capsula de Venlafaxina de
37,5mg por 7 días , luego suspender). Posteriormente
usar 1/2 comp de escitalopram por 14 días , luego 1
comp hasta control**



FACULTAD DE
**CIENCIAS
SOCIALES**
UNIVERSIDAD DE CHILE

Secretaría de
Estudios

**POSTERGASE EL AÑO ACADÉMICO 2023 DE LA CARRERA DE
ANTROPOLOGIA MENCIÓN ARQUEOLOGÍA A LA ALUMNA
ALONDRA ANDRÓMEDA OYARZÚN ROMERO**

RESOLUCIÓN EXENTA N° 182

SANTIAGO, 18 de abril de 2023

VISTOS:

Lo dispuesto en D.F.L. N°3 de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.F.L. N°153, de 1981, que establece los Estatutos de la Universidad de Chile, ambos del Ministerio de Educación; la Ley N°21.094, sobre Universidades Estatales; la Ley N°19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado; el Decreto TRA N°309/175/2022 y N°309/203/2022 que nombran a la Decana y Vicedecano de la Facultad de Ciencias Sociales, respectivamente; D.U. N°007586 de 1993 que establece el reglamento de estudiantes de la Universidad de Chile; en el D.U. Exento Exento N°0022558 de 2008, que aprueba el Reglamento Específico y Plan de Formación Conducente a la Licenciatura y Carrera de Antropología y su modificación aprobada mediante el D.U. Exento N°00704 de 2016; y la Resolución N°7, de 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón.

CONSIDERANDO:

1. Que, con fecha 27 de marzo de 2023, la alumna ALONDRA OYARZÚN ROMERO, solicita la postergación del año académico 2023, por motivos personales atendibles por cuidado de familiar enfermo.
2. Que, la Jefa de carrera de Antropología, accede positivamente a dicha solicitud.

RESUELVO:

POSTERGASE el año académico 2023 de la carrera de Antropología mención Arqueología, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, a la estudiante **ALONDRA ANDRÓMEDA OYARZÚN ROMERO**, Cédula de Identidad N° 20.042.790-4.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Christian Esteban
Miranda Jaña

Firmado digitalmente por Christian
Esteban Miranda Jaña
Fecha: 2023.05.04 16:11:11 -03'00'

Prof. Christian Miranda Jaña
Vicedecano

Teresita Matus
Sepúlveda

Firmado digitalmente por
Teresita Matus Sepúlveda
Fecha: 2023.05.04 16:11:18
-03'00'

Prof. Teresita Matus Sepúlveda
Decana