

Solicitud de Flexibilidad Académica (Defunción Familiar Cercana)

Rodrigo Alonso Utrera

4 dic 2023,
22:30 (hace
12 horas)

para mí, Juan, Bárbara

Estimados encargados de Secretaría de Estudios y Asistente de Docencia:

Mi nombre es Rodrigo Utrera Quiñones (RUT: 21.092.093-5), de tercer año de la carrera de sociología. Acompañado por mi prima directa y también estudiante Bárbara Quiñones al momento de redactar estas palabras, me dirijo a ustedes para **solicitar flexibilidad académica** en vista de los recientes acontecimientos familiares que nos han afectado y que, en consecuencia, nos han impedido trabajar en las evaluaciones vigentes.

El día sábado 02 de diciembre en la madrugada, alertados por nuestra familia, viajamos a Valparaíso (de donde somos originalmente) puesto que nuestra abuela Ubaldina Queipul Flores sufrió un accidente cerebro vascular, por el cual fue internada en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. El mismo día, a eso de las 22.30 horas, nuestra abuela falleció. Por ello, el día domingo llevamos a cabo el velorio correspondiente, y hoy lunes 04/12 asistimos al funeral y posterior entierro de quien fuera, tanto para mí como mi prima, nuestra segunda madre.

En virtud de lo anteriormente señalado, y pensando especialmente en la evaluación de *Teoría y Sociedad Latinoamericana* (cátedra a cargo de los profesores M.A. Garretón, F. Ivankovic e I. Parraguez), iniciada el día jueves 30/11, con fecha de entrega para el día miércoles 06/12, solicito mediante la presente que se considere la aplicación de flexibilidad académica pertinente al caso, proporcional al tiempo que la situación nos ha demandado (día sábado, domingo y lunes completos, tal como relatamos), entendiendo que nuestro rendimiento evidentemente se ha visto entorpecido por nuestro duelo familiar

Esperamos puedan considerar esta situación, y atender a nuestra preocupación por este triste suceso. De igual modo, adjunto en la presente los documentos que acreditan la defunción de nuestra abuela, así como la relación de parentesco que poseemos con ella.

Agradeciendo de antemano su comprensión, y esperando su respuesta, se despide atentamente,

Rodrigo Utrera.



CERTIFICADO DE DEFUNCION

Circunscripción : VALPARAÍSO
Nro. inscripción : 2.620 Registro : Año : 2023
Nombre inscrito : UBALDINA QUEIPUL FLORES
R.U.N. : 4.080.106-5
Fecha nacimiento : 3 Agosto 1935
Sexo : Femenino
Fecha defunción : 2 Diciembre 2023 a las 22:30 horas.
Lugar defunción : HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

FECHA EMISIÓN: 4 Diciembre 2023, 21:01.

Certificado Gratuito

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



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

A. USO EXCLUSIVO MÉDICO (O MATRÓN/A EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

3964882

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A Uboldine Queipul Flores						CÉDULA DE IDENTIDAD 4080106-5										
SEXO F M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 03 08 1935			EDAD Años Cumplidos 88	Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min. <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO/A: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)																
1. Nombre: _____				C.I.: _____		Firma: _____										
2. Nombre: _____				C.I.: _____		Firma: _____										
2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN				SOLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL												
FECHA Día Mes Año 02 12 2023			HORA Hora Minutos 22 30		Peso al nacer (grs) 		Semanas gestación 		Estado Nutritivo previo a la enfermedad <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>1: Eutrófico</td><td>4: Desnutrición grado III</td></tr><tr><td>2: Desnutrición grado I</td><td>9: Ignorado</td></tr><tr><td>3: Desnutrición grado II</td><td> </td></tr></table>		1: Eutrófico	4: Desnutrición grado III	2: Desnutrición grado I	9: Ignorado	3: Desnutrición grado II	
1: Eutrófico	4: Desnutrición grado III															
2: Desnutrición grado I	9: Ignorado															
3: Desnutrición grado II																
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 1 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN Hospital Carlos Von Buren				COMUNA Valparaíso									
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) Hemorragia intracerebral no traumática																
- Debida a = o = Como consecuencia de =																
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)																
b) 																
- Debida a = o = Como consecuencia de =																
c) 																
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)																
Hipertensión Arterial																
4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE 5 1: Autopsia 4: Exs. Laboratorio 2: Biopsia 5: Cuadro Clínico 3: Operación 6: Información de Testigos				EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE 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: Si 2: No 9: Ignorado		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS 3 1: Tratante 2A: Legista 4: Información de Matron/a 2B: Patólogo 5: Testigos 9: Ignorado 3: Otro		FECHA CERTIFICADO Día Mes Año 03 12 2023												
Nombre Médico: Yangel Alvarez Perez				Rut: 22.134.887-7 Teléfono: 32-2364000												
Domicilio: San Ignacio 725 Valparaíso				Firma Médico y Sello Establecimiento												

B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)						USO INE <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno		OCUPACIÓN		USO INE <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				NIVEL OCUPACIONAL <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table> 1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia					
5.- SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.						1.- MENOR DE UN AÑO 2.- DEFUNCIÓN FETAL							
Nombre de la persona gestante / madre / progenitor/a													
ESTADO CIVIL S: Soltera C: Casada V: Viuda D: Divorciada A: Conviviente civil J: Separada judicialmente		HIJOSA/S: Incluyendo presente inscripción Vivos/as Fallecidos/as Mortinatos Total		FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO 1.- Parto 2.- Aborto		Día Mes Año <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
EDAD Años cum. <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno		OCUPACIÓN		USO INE <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
NOMBRE DEL PADRE / PROGENITOR (a)						NIVEL OCUPACIONAL <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table> 1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia							
EDAD Años cum. <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno		OCUPACIÓN		USO INE <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
						NIVEL OCUPACIONAL <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table> 1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia							

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : EL ALMENDRAL
Nro. inscripción : 431 Registro : Año : 1968
Nombre inscrito : MARÍA SOLEDAD QUIÑONES QUEIPUL
R.U.N. : 10.398.681-8
Fecha nacimiento : 15 Enero 1968
Sexo : Femenino
Nombre del Padre : OSVALDO GUILLERMO QUIÑONES ROMERO
Nombre de la Madre : UBALDINA QUEIPUL FLORES

FECHA EMISIÓN: 4 Diciembre 2023, 21:19.

Certificado Gratuito

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



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada



CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : VIÑA DEL MAR
Nro. inscripción : 4.463 Registro : Año : 2002
Nombre inscrito : RODRIGO ALONSO UTRERA QUIÑONES

R.U.N. : 21.092.093-5
Fecha nacimiento : 19 Agosto 2002
Hora nacimiento : 20:11
Sexo : Masculino
Nombre del Padre : EDUARDO RODRIGO UTRERA JORQUERA

R.U.N. del Padre : 9.413.979-1
Nombre de la Madre : MARÍA SOLEDAD QUIÑONES QUEIPUL

R.U.N. de la Madre : 10.398.681-8

FECHA EMISIÓN: 4 Diciembre 2023, 21:11.

Certificado Gratuito

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



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada