



BUIN
Ilustre Municipalidad

Secretaría Municipal

875253

BUIN, 10 FEB 2025

DECRETO ALCALDICIO N° 491 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letra i) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades de 1988 y sus modificaciones.

CONSIDERANDO: 1.- Que por **Decreto Alcaldicio N° 164**, de fecha 16 de enero de 2025, se aprueba el Programa Asistencial 2025, a cargo de la Dirección de Desarrollo Comunitario.

2.-El **Memorándum N° 298**, de fecha 28 de enero de 2025, donde la Dirección de Desarrollo Comunitario solicita a la Administradora Municipal (S) decretar pago por ayuda social a Victoria del Carmen Ampuero Barrera. Se Adjunta:

- ✓ Informe social N° 24, elaborado por Trabajadora social de la Dirección de Desarrollo Comunitario, de fecha 27 de enero de 2025.
- ✓ Carta de compromiso de pago, donde la Oficina asistencial se compromete a pagar el total por concepto de la compra de lentes ópticos a nombre de Victoria del Carmen Ampuero Barrera, de fecha 23 de enero de 2025.
- ✓ Certificado médico a nombre de Victoria Ampuero Barrera, de fecha 17 de enero de 2025, emitido por profesional de la posta rural Valdivia de Paine.
- ✓ Orden para examen a nombre de Victoria Ampuero Barrera, de fecha 17 de enero de 2025, emitido por profesional de la posta rural Valdivia de Paine.
- ✓ Presupuesto Kinerod N°29577 a nombre de paciente Victoria del Carmen.
- ✓ Comprobante de reserva Kinerod para resonancia magnética a nombre de paciente Victoria Ampuero Barrera.
- ✓ Fotocopia Cédula de Identidad, Victoria Ampuero Barrera.
- ✓ Impresión sistema SMC tesorería, correspondiente a copia orden de ingreso N° 3092096, permiso para venta estacionada en calle Villarrica, Maipo, emitido por la oficina de patentes comerciales.
- ✓ Certificado de pago de Subsidio de Incapacidad Laboral, emitido por Caja de Compensación los Andes, de fecha 23 de enero de 2025.
- ✓ Registro social de hogares.
- ✓ Credencial de discapacidad Folio N° 600014032311, a nombre de Victoria Ampuero Barrera.
- ✓ Certificado de cotizaciones APF Provida, a nombre de Victoria Ampuero Barrera.

3.-La Pre-Obligación presupuestaria N° 186, de fecha 30 de enero de 2025, emitida por el Departamento de Presupuesto de la Secretaría Comunal de Planificación.

4.- La **instrucción** de la Administradora Municipal (S) 31 de enero de 2025, para decretar lo requerido.

DECRETO

1. **Autorícese** el pago a nombre de Sociedad de Salud Los Guindos Limitada (Centro médico Kinerod) RUT: 76.086.778-0 por un monto de \$83.250.- (ochenta y tres mil doscientos cincuenta pesos), Beneficio otorgado a **Victoria del Carmen Ampuero Barrera** Cedula de Identidad N°: por concepto de aporte para pago de exámenes de médico.

2. El gasto se deberá imputar al ítem presupuestario 215.24.01.007 Asistencia social a personas naturales, Centro de costo 25.04.01.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERÓNIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL



MIGUEL ARAYA LOBOS
ALCALDE

MLAL. G.M.G. V.X.S. mss. v.m.a

DISTRIBUCIÓN:

- Control
- D.A.F.
- DIDECO
- Archivo SECMU.

SECRETARIA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN

Derivación correspondencia:

Fecha: _____



Ilustre Municipalidad
de Buin

Departamento:
GESTIÓN DE PROYECTOS

Departamento:
PRESUPUESTO SUBVENCIONES Y RENDICIONES

Departamento:
LICITACIONES

Departamento:
ASESORÍA URBANA Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL

Programa:
QMB. Los Viñedos I II III

Programa:
QMB. Clotario Blest y Santa Rita

TRANSPARENCIA
(SECPLA).

Secretaria
SECPLA.

NOMBRE :

DIRECTOR

INSTRUCCIÓN / OBSERVACIÓN

Otras derivaciones:

Derivación a adm. municipal

Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 186

Fecha: 30/01/2025

Glosa: MEMO. DIDECO N°298/2025 - Ayuda social para Victoria Ampuero

Rut/Nombre:

Preob./Oblig.:

Cuenta

| Sub. Prog. | C. Costo | Total | Pre. Vigente | Obl. Acum. | Sal. Presup. | PreObligado | Sal.Dispon. |
|--------------------|--|--------|--------------|------------|--------------|-------------|-------------|
| ----- | | | | | | | |
| 2152401007 | Asistencia Social a Personas Naturales | | | | | | |
| ----- | | | | | | | |
| 4 PROGRAMAS SOCIAL | 250401 | 83.250 | 188.000.000 | 761.690 | 187.238.310 | 21.560.110 | 165.678.200 |
| ----- | | | | | | | |
| TOTALES: | | 83.250 | | | | | |

[Handwritten Signature]


EMITIDO POR pmoya : Patricia Del Carmen Moya López

[Handwritten Signature]

 AUTORIZADO POR

*Se emite
 dentro ayuda social*

[Handwritten mark]

3/1/





MEMO : N° 298 ✓
ANT : No hay
MATERIA : Solicita decretar pago por ayuda social para Doña Victoria del Carmen Ampuero Barrera.

BUIN,

28 ENE 2025

DE : JONATHAN FERNANDEZ FIGUEROA
DIRECTOR DESARROLLO COMUNITARIO

A : VIVIANA VARGAS SANDOVAL
ADMINISTRADORA MUNICIPAL (S)
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN



Junto con saludar, vengo a solicitar, autorizar decreto de pago por un monto de \$83.750.- (Ochenta y tres mil doscientos cincuenta pesos), para el pago de examen médico, en beneficio de Doña **Victoria del Carmen Ampuero Barrera**, Cédula de Identidad N° 12.458.148-6, con domicilio en Camino Los Liberales #680, Comuna de Buin.

Es importante señalar que el cheque debe ser extendido a nombre de **Sociedad de salud Los Guindos Limitada** (KINEROD), Rut. 76.086.778-0, ubicado en calle Arturo Prat #607, Fono: 228212053.

En relación a lo anterior, se solicita realizar el cargo del dinero al **Ítem Presupuestario Programa Asistencial 2025**, para esto se adjunta: Informe Social N°24, copia de cédula de Identidad, orden médica, comprobante pago de licencias, credencial de discapacidad, entre otros.

Esperando que el proceso finalice satisfactoriamente, saluda cordialmente.

JONATHAN FERNANDEZ FIGUEROA
DIRECTOR DIDECO
I. MUNICIPALIDAD DE BUIN



Suple
des ppto
[Handwritten initials]



JFF/CRG/mvd.
DISTRIBUCIÓN:
DESTINATARIO ✓
ARCHIVO DIDECO
ARCHIVO OF. ASISTENCIAL



INFORME SOCIAL N° 24

El profesional quien suscribe, perteneciente a la Dirección Desarrollo Comunitario de la Illustre Municipalidad de Buin, tiene a bien presentar a ustedes en forma sistematizada el siguiente caso:

I. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

| | | | |
|---------------------|---|-------------------------|-----------------------------|
| Nombre completo | Victoria del Carmen Ampuero Barrera | | |
| Cédula de Identidad | 12.458.148-6 | Fecha de Nacimiento | 15.12.1972. |
| Dirección | Camino Los Liberales #680. | | |
| Comuna | Buin | | |
| Teléfonos | 982411413. | | |
| Previsión de salud | Fonasa B | | |
| Puntaje FPS | 40% | Ingreso mensual líquido | \$382.000.- |
| Estado Civil | Separada | Escolaridad | Enseñanza básica incompleta |
| Actividad | Trabajadora dependiente con pagos de licencia médica. | | |
| Solicitud | Aporte ayuda social examen médico. | | |

II. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.

Total Grupo Familiar: N° Adultos: N° Menores (Menor de 15 años):

III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA QUE HABITAN.

| TIPO | TENENCIA | TERRENO | SERVICIOS BÁSICOS | | Tipo |
|----------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Casa | <input checked="" type="checkbox"/> Propia | <input type="checkbox"/> Propio | Si | No | |
| Deplo. | <input type="checkbox"/> Arrendada | <input checked="" type="checkbox"/> Arrendado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mediagua | <input type="checkbox"/> Cedida | <input type="checkbox"/> Cedido | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Allegado | <input type="checkbox"/> Allegado | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Fosa séptica. |

V. DETERMINACIÓN DEL BENEFICIO.

El grupo familiar, ¿postula por primera vez del beneficio?

NO SI Explique Solicita aporte para examen médico.

El jefe de Hogar, ¿El jefe de hogar es el único ingreso estable?

NO SI Explique Los ingresos corresponden al pago de licencias médicas.

VI. NECESIDADES MÉDICAS DETECTADAS

Enfermedades

Adjunta certificado médico. Si -X NO ---

Crónica

x

Discapacidad

X

Movilidad reducida pierna izquierda.

Física
Sensorial
Mental
Dependiente insulina
Cáncer
Otros

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Paciente hombro doloroso de larga data.

Sistematización Profesional.

Familia monoparental con jefatura femenina, de 53 años, con un hijo de 13 años quien cursa octavo básico, separada, actualmente se encuentra recibiendo solo pagos de licencia médica, además durante los días sábados y domingos realiza ventas de ropa usada en la Feria de maipo y recibe un aporte económico de parte de su hermano y tía materna.

Señora Victoria Ampuero, recibe controles médicos en Posta de Valdivia de Paine, paciente presenta patología de Diabetes, además posee credencial de discapacidad por movilidad reducida en su pierna izquierda. Actualmente se encuentra con antecedentes de hombro izquierdo doloroso de larga data, la cual requiere realizarse examen de resonancia magnética de manera urgente para así definir el tratamiento correspondiente.

Individualizada, reside en vivienda arrendada hace 2 años, compuesta de material ligero, dos dormitorios, un baño, living- comedor y cocina, además cuenta con luz eléctrica, agua potable y fosa séptica. Por concepto de arriendo cancela un monto de \$300.000.- mensual.

Respecto a la situación económica individualizada menciona, que el ingreso familiar corresponde al pago de licencias médicas por un monto de \$322.000.- aproximadamente complementado con ventas y aporte económico de su hermano y tía materna, por un monto de \$60.000.- aproximadamente, cuyos recursos económicos están destinados para el pago de los servicios básicos de arriendo, luz eléctrica, agua potable, gas, alimentación, entre otros.

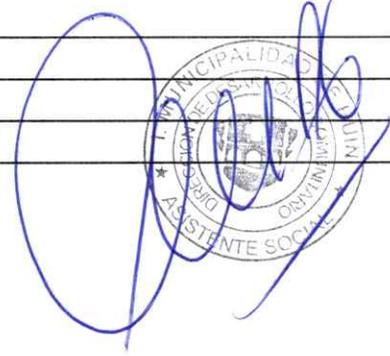
En relación a la situación expuesta, individualizada se acerca a la Ilustre Municipalidad, Dirección de DIDECO, específicamente Oficina Asistencial para solicitar aporte en pago de examen médico, ya que no cuenta con los ingresos económicos suficientes para realizarlo.

Considerando la situación socio-económica y al no contar con otras redes de apoyo, la Trabajadora social considera que procede a la ayuda social en \$83.250.- (Ochenta y tres mil doscientos cincuenta pesos), para pagar examen médico, ya

que cumple con las variables tanto económicas como sociales para ser beneficiaria, debiendo extender el cheque a nombre de **SOCIEDAD DE SALUD LOS GUINDOS LIMITADA (KINEROD)**, Rut **76.086.778-0**, ubicado en calle Arturo Prat #607, Fono: 228212053. Con cargo al Ítem Programa Asistencial 2025.

| | |
|--------------------------|--|
| Nombre Trabajador Social | Carolina Reyes Garín |
| Cargo | Coordinadora Programa Asistencial |
| Servicio o Institución | Ilustre Municipalidad de Buin, Dideco, Manuel Montt N°354, Buin. |
| Teléfono | 228218473 |
| Correo | creyes@buin.cl |
| Trabajadora Social | María Isabel Vidal |
| Fecha | 27.01.2025 |

CRG/mvd.





Ilustre Municipalidad
de Buin

OFICINA ASISTENCIAL

SEÑORES: KINEROD

PRESENTE

Junto con saludar, se informa que la Ilustre Municipalidad de Buin, a través de DIDECO, Oficina Asistencial, pagará la suma de \$83.250- (Ochenta y tres mil doscientos cincuenta pesos), por concepto de pago lentes ópticos, a nombre de Doña Victoria del Carmen Ampuero Barrera, cédula de identidad N°12.458.148-6, con domicilio en Camino Los Liberales #680, Comuna de Buin, Fono : 982411413.

Se enviará cheque dentro de 30 días aproximadamente.

Saluda Atentamente a Usted.

pp.

CAROLINA REYES GARÍN
ASISTENTE SOCIAL

ENCARGADA OFICINA DE ASISTENCIAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN
Buin, 23 de enero de 2025.





BUIN
Corporación de
Desarrollo Social



RECETA MEDICA

Fecha: 17/01/25

Nombre: Victoria Ampuero Barrera

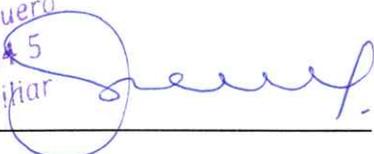
RUT: 12.458.148-6 Edad: 52 años

Domicilio: _____

Rp.

Paciente con antecedente de hombro doloroso Izq. de larga data. Requiere realizarse examen de RNM de hombro Izquierdo para definir tratamiento.

dra. Mariela Ampuero
Rut.: 22.830.554-5
Medicina Familiar


Nombre y firma del médico



BUIN
Corporación de
Desarrollo Social



RECETA MEDICA

Fecha: 17/01/25

Nombre: Victoria Ampuero Barrera

RUT: 12.458.148-6 Edad: 52

Domicilio: _____

Rp.

RNM Hombro Izq.

Dg Tendinitis
Supraespinoso.

Dra. Mariela Ampuero
Rut.: 22.830.554-5
Medicina Familiar

Nombre y firma del médico

NOMBRE PACIENTE : VICTORIA DEL CARMEN
RUT PACIENTE : 12.458.148 - 6
F. NAC. PACIENTE : 15 DE DICIEMBRE DE 1972
EDAD : 52 AÑOS 1 MES

TELÉFONO :
PREVISIÓN : FONASA
MEDICO TRATANTE :
ESPECIALIDAD :

| Exámenes | Copago x Cant | Valor | Cant. | Total |
|-------------------|---------------|-----------|-------|-------------------|
| 0405027 RM HOMBRO | \$83.250 | \$166.500 | 1 | \$166.500 |
| Observaciones : | | | | \$83.250 |
| | | | | TOTAL COPAGOS |
| | | | | TOTAL PRESUPUESTO |

Reserva para el día :

VIERNES, 24 ENERO 2025

Con el profesional / procedimiento :

Resonancia Magnética

A las :

8:40

7564197

Especialidad :

Imagenología

Paciente :

Victoria Del Carmen Ampuero Barrera

RUT :

12.458.148 - 6

Previsión :

Fonasa

No olvide traer:

Cédula de Identidad - Credencial de Salud - Orden Médica - Bono Fonasa/Isapre - Exámenes Anteriores

Preparación :

**Por favor confirme su hora con anticipación.
Se solicita llegar 15 minutos antes de su hora.**

Arturo Prat 607, Buin, Chile
+56 02 2821 2053, +56 9 42698815

www.kinerod.cl



- Ingreso de Giros
- Ingreso de Pagos
- Ingreso de Descargos
- Parámetros
- Unidades por Unidad
- Consulta de Giro
- Creación de Convenios
- Informes
- Permisos Enrolados
- Unidades Económicas
- Procesos Especiales
- Gestión Administrativa
- Salir

Busca Giros V.0201

Consulta de Giros Pendientes, Pagados o Descargados

Número 12458148-6 Fecha 23/01/2

ORDENES DE INGRESO

Número 3092096 Fecha 23/01/2025 Girador storres

RUT 12458148-6 Nombre AMPUERO BARRERA VICTORIA DEL CARMEN Mod

Dirección LOS LIBERALES 680 VALDIVIA DE PAINE Comuna BUIN

Fecha Emisión 09/12/2024 Fecha Vencimiento 31/12/2024

Concepto PERMISOS VENTAS ESTACIONADA TRIMESTRAL FERIAS

Rol

Glosa
GIRO VENTA DE MOTE CON HUESILLO, COMIDA RAPIDA, ART. DE HOGAR, BAZAR, VESTUARIO, CALZADO, ART. DE FERRETERIA/UBICACIÓN FERIA CALLE VILLARRICA MAIPO /PERMISO AUTORIZADO HASTA EL 09 DE MARZO DE 2025/ EXENTO DE PAGO/ DEBE TRAMITAR RES. SANITARIA

| Cuenta | |
|------------------|----|
| 1150301003002001 | 10 |
| 1150301003999008 | |
| 2141106 | |

Total Girado 10

Total Pagado 10 9/12/2024

Total Descargado 0

Cajero: ngomez Fecha Reg: 09/12/2024 09:10:03

Permiso Patentes

Acceptar Cancelar Eliminar



Copia Permiso

storres

C E R T I F I C A D O
Subsidios Incapacidad Laboral

ORGANISMO : C.C.A.F. DE LOS ANDES

Certifica que el Sr.(a) : AMPUERO BARRERA VICTORIA DEL CARMEN, RUT. : 12.458.148-6, le fueron cancelados por esta Institucion,

los Subsidios de Incapacidad Laboral, cuyas rentas y periodos son los que a continuacion se indican.

| Numero Modal. | Fecha Licencia | Periodo pago Estado Desde Hasta | Nro. Tipo | Nro. Cuota | Total Imponible | Cotiza. Previs. | Cotiza. Salud | Subsidio Liquido | Institucion Previsional | Seguro Cesantia | Forma pago |
|---------------|-----------------------|---------------------------------|-----------|------------|-----------------|-----------------|---------------|------------------|-------------------------|-----------------|------------|
| 3- 97244818 | 04/01/2024-24/01/2024 | 21 | Curat | 1 | 322.000 | 36.869 | 22.540 | 455.483 | Provida | 1.932 | |
| Directo | Transf 23/01/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3- 98156702 | 25/01/2024-31/01/2024 | 7 | Curat | 1 | 219.185 | 25.097 | 15.343 | 162.490 | Provida | 1.315 | |
| Directo | Transf 01/02/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3- 98156702 | 01/02/2024-23/02/2024 | 23 | Curat | 2 | 720.185 | 82.462 | 50.413 | 533.894 | Provida | 4.321 | |
| Directo | Transf 09/02/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3- 99370206 | 24/02/2024-15/03/2024 | 21 | Curat | 1 | 322.000 | 36.869 | 22.540 | 488.092 | Provida | 1.932 | |
| Directo | Transf 01/03/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-100031079 | 16/03/2024-30/03/2024 | 15 | Curat | 1 | 230.000 | 26.335 | 16.100 | 348.637 | Provida | 1.380 | |
| Directo | Transf 03/04/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-100494685 | 31/03/2024-14/04/2024 | 15 | Curat | 1 | 230.000 | 26.335 | 16.100 | 348.637 | Provida | 1.380 | |
| Directo | Transf 15/04/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-101255959 | 15/04/2024-29/04/2024 | 15 | Curat | 1 | 230.000 | 26.335 | 16.100 | 348.637 | Provida | 1.380 | |
| Directo | Transf 02/05/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-101866408 | 30/04/2024-14/05/2024 | 15 | Curat | 1 | 230.000 | 26.335 | 16.100 | 348.637 | Provida | 1.380 | |
| Directo | Transf 15/05/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-102419224 | 15/05/2024-31/05/2024 | 17 | Curat | 1 | 260.671 | 29.847 | 18.247 | 395.122 | Provida | 1.564 | |
| Directo | Transf 03/06/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-102419224 | 01/06/2024-13/06/2024 | 13 | Curat | 2 | 199.328 | 22.823 | 13.953 | 302.152 | Provida | 1.196 | |
| Directo | Transf 03/06/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-103653312 | 14/06/2024-28/06/2024 | 15 | Curat | 1 | 230.000 | 26.335 | 16.100 | 348.637 | Provida | 1.380 | |
| Directo | Transf 08/07/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-104187937 | 29/06/2024-13/07/2024 | 15 | Curat | 1 | 230.000 | 26.335 | 16.100 | 348.637 | Provida | 1.380 | |
| Directo | Transf 17/07/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-104725859 | 14/07/2024-31/07/2024 | 18 | Curat | 1 | 276.000 | 31.602 | 19.320 | 418.365 | Provida | 1.656 | |
| Directo | Transf 30/07/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-104725859 | 01/08/2024-12/08/2024 | 12 | Curat | 2 | 184.000 | 21.068 | 12.880 | 278.910 | Provida | 1.104 | |
| Directo | Transf 01/08/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-105987363 | 13/08/2024-31/08/2024 | 19 | Curat | 1 | 291.328 | 33.357 | 20.393 | 441.607 | Provida | 1.748 | |
| Directo | Transf 29/08/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-105987363 | 01/09/2024-11/09/2024 | 11 | Curat | 2 | 168.671 | 19.313 | 11.807 | 255.667 | Provida | 1.012 | |
| Directo | Transf 02/09/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-107279661 | 12/09/2024-30/09/2024 | 19 | Curat | 1 | 316.671 | 36.259 | 22.167 | 441.455 | Provida | 1.900 | |
| Directo | Transf 08/11/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-107279661 | 01/10/2024-11/10/2024 | 11 | Curat | 2 | 183.328 | 20.991 | 12.833 | 255.579 | Provida | 1.100 | |
| Directo | Transf 08/11/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-108527337 | 12/10/2024-10/11/2024 | 30 | Curat | 1 | 500.000 | 57.250 | 35.000 | 697.035 | Provida | 3.000 | |
| Directo | Transf 08/11/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-110041657 | 11/11/2024-10/12/2024 | 30 | Curat | 1 | 500.000 | 57.250 | 35.000 | 697.035 | Provida | 3.000 | |
| Directo | Transf 28/11/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-111695819 | 11/12/2024-24/12/2024 | 14 | Curat | 1 | 237.228 | 27.163 | 16.606 | 330.721 | Provida | 1.423 | |
| Directo | Transf 26/12/2024 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-112149195 | 25/12/2024-31/12/2024 | 7 | Curat | 1 | 122.128 | 13.984 | 8.549 | 170.254 | Provida | 733 | |
| Directo | Transf 14/01/2025 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-112149195 | 01/01/2025-08/01/2025 | 8 | Curat | 2 | 139.571 | 15.981 | 9.770 | 194.577 | Provida | 837 | |
| Directo | Transf 14/01/2025 | Pagada Norma | | | | | | | | | |
| 3-112794683 | 09/01/2025-29/01/2025 | 21 | Curat | 1 | 350.000 | 40.075 | 24.500 | 461.975 | Provida | 2.100 | |
| Directo | Transf 13/01/2025 | Pagada Norma | | | | | | | | | |

Los aportes correspondientes a los periodos antes señalados fueron enterados en la Institucion Previsional que se indica.

Para los pagos por transferencia, informamos la ultima cuenta ingresada a la cual se realizaron los pagos



Cartola Hogar Registro Social de Hogares



Folio #57017878
Fecha Confirmación Ciudadano: 29/10/2024

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 8 de ENERO de 2025 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 Febrero de 2025

Victoria del Carmen Ampuero Barrera

RUN: 12.458.148-6

Dirección del Hogar: Camino los Liberales /11, Nro domicilio: 680, Casa: 2, Buin.

Agrupación Habitacional: Los Liberales /11 -Ot

Calificación Socioeconómica

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

-Ingresos +Vulnerabilidad +Ingresos -Vulnerabilidad

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

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 |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 12.458.XXX-X | Victoria del Carmen Ampuero Barrera | Jefe(a) de hogar |
| 23.832.XXX-X | Brayan Isac Hidalgo Ampuero | Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar |

Características integrantes del hogar

| Menores de 18 años | De 60 años o más | Dependencia, discapacidad, invalidez o necesidades educativas especiales permanentes |
|--------------------|------------------|--|
| 1 personas | 0 persona | 1 personas |

Ingresos del hogar

| | |
|---|---|
| Ingresos del trabajo: entre \$365.000 y \$465.000 | Total Ingresos del hogar Entre \$365.000 y \$465.000 |
| Ingresos de pensiones: menor que \$50.000 | |
| Ingresos de capital: menor que \$50.000 | |

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.

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION* CHILE
REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

FOLIO : 600014032311

Código Verificación:
47d0aa450ea4

CREDECIAL

RUN : 12.458.148-6



600014032311

NOMBRE : VICTORIA DEL CARMEN AMPUERO BARRERA

GRADO GLOBAL DE DISCAPACIDAD: MODERADA/ 25,00 %

CAUSA PRINCIPAL : FISICA

CAUSA(S) SECUNDARIA(S) : MENTAL PSIQUICA

MOVILIDAD REDUCIDA : SI

VALIDA SOLO ACOMPAÑADA CON CEDULA DE IDENTIDAD

RUN : 12.458.148-6

NOMBRE : VICTORIA DEL CARMEN AMPUERO BARRERA

DOMICILIO : LOS LIBERALES 680 . VALDIVIA
DE PAINE BUIN

FECHAS:

DICTAMEN : 9 Agosto 2019

REEVALUACIÓN: NO TIENE

EMISION : 30 Agosto 2024



Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General

Si desea validar este certificado en internet,
use este número de certificado:
246.201.113

Martes, 14 de Enero de 2025

Certificado de Cotizaciones

AFP ProVida S.A. certifica que la Cuenta de Capitalización individual número 1008-0760-0100000507, perteneciente al afiliado(a), Señor(a) VICTORIA DEL CARMEN AMPUERO BARRERA , RUT 12.458.148-6 , registra las siguientes cotizaciones correspondientes al 10% de las remuneraciones y/o rentas declaradas.

| Periodo Pago | Renta Imponible | Fondo de Pensiones | Código de Cotización | Empleador | Rut Empleador | Fecha Pago |
|--------------|-----------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------|------------|
| DIC-2024 | \$166.667 | \$16.667 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-12-09 |
| NOV-2024 | \$333.333 | \$33.333 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-12-09 |
| NOV-2024 | \$172.414 | \$17.242 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-12-09 |
| OCT-2024 | \$183.328 | \$18.333 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-12-09 |
| OCT-2024 | \$327.586 | \$32.759 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-12-09 |
| SEP-2024 | \$316.673 | \$31.667 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-12-09 |
| SEP-2024 | \$168.672 | \$16.867 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-10-10 |
| SEP-2024 | \$98.827 | \$9.883 | | SOC AGRIC CONVENTO VIEJO LTDA | 79.737.880-1 | 2024-10-11 |
| AGO-2024 | \$184.000 | \$18.400 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-09-09 |
| AGO-2024 | \$291.328 | \$29.133 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-09-09 |
| JUL-2024 | \$276.000 | \$27.600 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-08-09 |
| JUL-2024 | \$214.667 | \$21.467 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-08-09 |
| JUN-2024 | \$15.333 | \$1.533 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-08-09 |
| JUN-2024 | \$199.328 | \$19.933 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-07-09 |
| JUN-2024 | \$230.000 | \$23.000 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-08-09 |
| MAY-2024 | \$214.667 | \$21.467 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-06-10 |
| MAY-2024 | \$260.672 | \$26.067 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-07-09 |
| ABR-2024 | \$15.333 | \$1.533 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-06-10 |
| ABR-2024 | \$213.572 | \$21.357 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-05-09 |
| ABR-2024 | \$230.000 | \$23.000 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-06-10 |
| MAR-2024 | \$16.428 | \$1.643 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-05-09 |
| MAR-2024 | \$219.546 | \$21.955 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-04-09 |
| MAR-2024 | \$230.000 | \$23.000 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-05-09 |
| FEB-2024 | \$720.192 | \$72.091 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-03-08 |
| FEB-2024 | \$102.454 | \$10.256 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-04-09 |
| ENE-2024 | \$219.188 | \$21.919 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-03-08 |
| ENE-2024 | \$49.286 | \$4.929 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-01-09 |
| ENE-2024 | \$322.000 | \$32.200 | | CAJA ANDES | 81.826.800-9 | 2024-02-09 |

Los códigos de cotización indican lo siguiente:

- D: Declarada y no Pagada.
- V: No declarada sobre las cuales hemos detectado morosidad.

- G: Corresponde a Gratificación.
- T: Recibidas desde otra AFP.
- C: Cuota de convenio no representa total de la cotización.
- A: Declaración y no Pago Automático.
- P: Pago recibido desde Tesorería General de la República.
- I: Declarada y no Pagada, informada por Tesorería General de la República.

Cordialmente,



AFP Provida S.A.

AFP Provida S.A.
Servicio de Información ProVida AFP en línea



MARCELO MANRIQUEZ ROJAS
AFP Provida S.A.

P098S1013



Puedes obtener el mismo certificado en tu Sucursal Virtual en www.provida.cl, en ProVida APP desde tu celular, en el Contact Center o en cualquiera de nuestras Sucursales; sea cual sea la opción que elijas, siempre tiene la misma validez.

"Certificado no válido para presentar reclamo judicial, Ley 20.023. Si desea un documento para tales efectos, solicite con un ejecutivo expresamente **Certificado Reclamo Judicial**"