



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECCIÓN MUNICIPAL

Alto Hospicio, 05 de Abril de 2012.-
DECRETO ALC. N° 671/2012.-

VISTOS Y CONSIDERANDO: La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Acuerdo N° 61/2012 tomado en la 10ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de 03 de Abril de 2012, que aprueba por la unanimidad de sus miembros presentes, ayuda social para Nelly Mamani Mamani, por la suma de \$250.000.-, para cubrir gastos de alimentación, movilización y otros en la ciudad de Santiago, tanto de ella como su hija (Madre del Menor), dado que deben concurrir al Hospital Calvo Mackenna en Santiago para el tratamiento de su nieto a raíz de una Atrofia Cerebral y Síndrome hipotónico; Memorando N° 794/12 de 21 de Marzo de 2012, de la Directora de Desarrollo Comunitario al señor Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio; y Memorandum N°892/12, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, de fecha 04 de Abril de 2012, que remite los antecedentes necesarios e Informe Socioeconómico, que justifican la entrega de la ayuda social acordada; y Certificado de Obligación Presupuestaria, Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades

DECRETO:

- 1.- Otórguese ayuda social a doña **Nelly Mamani Mamani**, RUT 10.182.221-4, por la suma de **\$250.000.- (doscientos cincuenta mil pesos)**, para cubrir gastos de alimentación, movilización y otros en la ciudad de Santiago, tanto de ella como su hija (Madre del Menor), dado que deben concurrir al Hospital Calvo Mackenna en Santiago para el tratamiento de su nieto a raíz de una Atrofia Cerebral y Síndrome hipotónico. Cúmplase la ayuda social mediante depósito en la Cta. N° 01860151002, del Banco Estado, a nombre Doña **Geraldine Mamani Mamani**. RUT 17.432.995-8, quien es madre del Menor (Brandon Mamani Mamani), por la suma antedicha, la que se rendirá conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.
- 2.- La Dirección de Administración y Finanzas deberá imputar los gastos que de ello deriven, con cargo a la cuenta N° **215.24.01.007**, Ayudas Sociales del Presupuesto Municipal vigente.
- 3.- Encárguese a la Dirección de Administración y Finanzas en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario, el fiel cumplimiento de esta ayuda social, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras que ejerza la Dirección de Control en la aprobación de la rendición de cuenta.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Fdo. Don Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza doña Leticia Robles Valenzuela, Secretaria Municipal. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-

LETICIA ROBLES VALENZUEL
SECRETARIA MUNICIPAL

RAT/sgch

Distribución:

Adm. y Finanzas

Dideco

Dir. Control

Sec. Municipal

Luis Rios

De: Leticia Robles [lrobles@maho.cl]
Enviado el: miércoles, 04 de abril de 2012 12:47
Para: 'Camila Arce'; 'Francisco Lizana Catalan'; 'Rosa Maria Alfaro'; lrios@maho.cl
Asunto: Ayudas Sociales sesión ordinaria N°10 de 3 de abril de 2012

ACUERDO N°61/2012:

Con la ausencia transitoria del concejal Orlando Garay y la unanimidad de los miembros restantes presentes del Concejo, se aprueban ayudas sociales a favor de los siguientes beneficiarios en los términos que indica:

*.-Ayuda social a favor de **doña Nelly Mamani Mamani**, Rut N°10.182.221-4 por la suma de **\$250.000 (doscientos cincuenta mil pesos)** para cubrir gastos de alimentación, movilización y otros en la ciudad de Santiago, tanto de ella como su hija (madre del menor), dado que deben concurrir al Hospital Calvo Mackenna en Santiago para el tratamiento de su nieto a raíz de una atrofia cerebral y síndrome hipotónico.*

*.-Ayuda Social a favor de **doña Patricia Ruth Gutierrez Cañoles**, Rut N°10.263.375-k por un monto de **\$540.000 (quinientos cuarenta mil pesos)** para la compra por tres meses de medicamentos (Renvela 800 mg) para el tratamiento de hipoparatiroidismo severo generado a causa de una insuficiencia renal crónica que padece.*

*.-Ayuda Social a favor de **don Octavio Cáceres Ramírez** por la suma de **\$300.000 (trescientos mil pesos)** para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y traslado dentro de la ciudad de Santiago tanto para él como su cónyuge- esta última en calidad de acompañante- dado que debe recibir tratamiento en el Hospital del Torax de Santiago por una cardiopatía congénita.*

DA 677
05.04.12

Revisado
Saneado:



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal



Alto Hospicio, 04 de Abril de 2012.

MEMORANDUM N° 892 /2012.

A : Directora Dirección Jurídica / Sra. Rosa Maria Alfaro Torres.

DE : Directora Dirección Desarrollo Comunitario / Sra. Camila Arce Fajardo.

Junto con saludarle y mediante la presente remito a usted caso social de la Sra. Nelly Mamani Mamani, Rut 10.182.221-4; por \$ 250.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de la Sra. Geraldine Marlene Mamani Mamani; Cuenta Banco estado N° 01860151002.

Este gasto debe ser imputado a la Cuenta Municipal N° 1140304 (Fondo a Rendir Ayudas Sociales).

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



Camila Arce Fajardo

Directora

Dirección Desarrollo Comunitario

Distribución:

- Archivo Jurídico. ✓
- Archivo DIDECO.



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal

Alto Hospicio, 21 de Marzo de 2012.

MEMORANDUM N° 794 / 2012

A : Sr. Ramón Galleguillos Castillo
Alcalde Municipalidad de Alto Hospicio

DE : Sra. Camila Arce Fajardo
Directora Dirección Desarrollo Comunitario

Junto con saludarle, solicito a usted su Visto Bueno para presentar el Caso Social de la Sra. Nelly Mamani Mamani, Rut.10.182.221-4, quien solicita apoyo al Concejo Municipal por un monto de \$ 250.000, para gastos de alimentación, movilización y otros, en su viaje a la Ciudad de Santiago, ya que su nieto padece de atrofia cerebral y síndrome hipotónico en centro terciario, por lo anterior debe presentarse en el Hospital Calvo Mackenna.

El Caso Social sería presentado, previa su aprobación en el Concejo Municipal del día Martes 03 de Abril de 2012.

Lo anterior para su conocimiento y resolución.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



Camila Arce Fajardo
Directora

Dirección Desarrollo Comunitario



Distribución:

- Archivo Alcaldía ✓
- Archivo Dideco.

Dirección de Desarrollo Comunal- Municipalidad de Alto Hospicio

Los Álamos 3056- Fono: 583101- Fono Fax : 583102 www.maho.cl

Comuna de Alto Hospicio- Región de Tarapacá

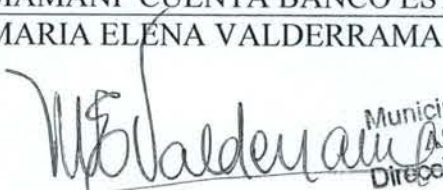
RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

21 de Marzo de 2012
13 20 hrs.
ALCALDIA



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal

Resumen Caso Social Consejo Municipal	
Nombre del / la solicitante	NELLY MARTA MAMANI MAMANI
Actividad	COMERCIANTE AMBULANTE JUNTO CON SU CONYUGE
Edad	NACIDA EL 20 DE SEPTIEMBRE DEL 1959
Ingresos	240000
Puntaje F.P.S	4183
Grupo Familiar	04 ADULTOS 02 MENORES
Fecha de la Visita	15 DE Marzo de 2012
Documentación Adjunta	FOTOCOPIA DEL CARNE DE IDENTIDAD LISTADO IMAGEN FICHA PROTECCION SOCIAL CERTIFICADO QUE ACREDITA TRASLADO(FOTOCOPIA) CERTIFICADO MEDICOS INFORME SOCIAL DE ASISTENTE
SITUACION ACTUAL	SRA NELLY MARTA MUY AFLIGIDA POR LA SALUD DE SU NIETO DEBEN PRESENTARSE EL 26 DE MARZO EN EL HOSPITAL CALVO MACKENNA EL MENOR PRESENTA ATROFIA CEREBRAL SINDROME HIPOTONICO EN CENTRO TERCARIO POR LO QUE DEBE SER EVALUADO POR ESPECIALISTAS LA FAMILIA NO CUENTA CON LOS MEDIOS ECONOMICOS NI FAMILIARES EN SANTIAGO ES POR ELLO QUE SOLICITAN AL SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES APOYO EN UNA SUBVENCION DE 250.000 PARA ENFRENTAR SU DEFICIENTE Y GRAVE SITUACION SOCIAL ECONOMICA CABE SEÑALAR QUE VIAJARAN LA MADRE DEL MENOR Y SU ABUELA MATERNA
Forma de pago y N° de cuenta	DEPOSITAR CHEQUE A NOMBRE DE LA MADRE DEL MENOR GERALDINE MARLENE MAMAMNI MAMANI CUENTA BANCO ESTADO 01860151002
NOMBRE Y FIRMA DE ASISTENTE SOCIAL	MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ  Municipalidad de Alto Hospicio ASISTENTE SOCIAL Dirección Desarrollo Comunal



INFORME SOCIAL

Nro.: 0007050

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **MAMANI NELY MARTA** Nacionalidad **Chile**
 R.U.N. **10182221-4** Estado civil **Casado** Sexo: **Femenino**
 Fecha de nacimiento **01/01/2011** Previsión **Fonasa A**
 Escolaridad **Educación básica** Profesión u oficio **VENDEDORA AMBULANTE**
 Domicilio **LOS NOGALES** Nro. **3090** Fono (recado) **82823265**
 Programa puente **NO** Ficha Prot. Social **927333** Puntaje: **6817**

Condiciones de saneamiento y confort

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedente habitacional

1. Propietario

Antecedentes del grupo familiar

Ingreso per - Capita : 20.000 Total de ingresos \$ 120.000

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
MAMANI MAMANI NELLY MARTA	10182221-4	jefe/a de familia	10/06/1965	Educación básica	VENDEDORA AM	120.000	Fonasa A
MAXIMILIANO ALBERTO MAMANI MAMA	8385660-2	Cónyuge o pareja	20/09/1959	Educación básica	CESANTE		Fonasa A
GERALDINE MARLENE MAMANI MAMA	17432995-8	Hijo/a de ambos	25/06/1990	Educación media técnica	DUENA DE CASA		Fonasa A
HNAS ALEX MAMANI MAMANI	18371365-5	Hijo/a de ambos	23/11/1993	Educación media técnica	ESTUDIANTE		Fonasa A
WENDY SUSAN MAMANI MAMANI	20250381-0	Hijo/a de ambos	03/02/2000	Educación básica	ESTUDIANTE		Fonasa A
BRANDON EDUARDO MAX MAMANI MA	23085437-8	Nieto/a	27/07/2009	Ninguno	NO		Fonasa A

Asunto

SOLICITA AL SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES UNA SUBVENCIÓN PARA SOLVENTAR ESTADIA ALIMENTACION MOVILIZACION Y OTROS DEBIDO A QUE DEBEN VIAJAR A SANTIAGO POR EL PROBLEMA DE SALUD QUE AQUEJA A SU NIETO DE DOS AÑOS 08 MESES

Situación Social

SRA NELLY TRABAJA COMO COMERCIANTE AMBULANTE AL IGUAL QUE SU CONYUGE POR LO QUE SON LOS UNICOS QUE GENERAN INGRESOS ECONOMICOS Y SE HACEN INSUFICIENTES YA QUE TIENEN DE ALLEGADOS A DOS HIJOS Y DOS NIETOS Y UNO DE LOS MENORES PRESENTA SINDROME HIPOTONICO EN CENTRO TERCARIO SECUELAS ENCEFALICAS POR LO QUE ESTA CITADO AL HOSPITAL CALVO MACKENNA EL 26 DE MARZO Y COMO NO CUENTAN CON RECURSOS ECONOMICOS SOLICITAN APOYO AL MUNICIPIO EN PASAJES Y UNA SUBVENCIÓN PARA MAYORES ANTECEDENTES SE ADJUNTA DOCUMENTACION QUE ACREDITA LO INDICADO.

Municipalidad de Alto Hospicio
ASISTENTE SOCIAL
Dirección Desarrollo Comunal

M. Valderrama
MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ

Nombre y Firma Asistente Social

colivares@mahc.cl

Fecha : 10/02/2012

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN
CÉDULA DE IDENTIDAD



APELLIDOS
**CORNEJO
CATALÁN**

NOMBRES
CARLOS ENRIQUE

SEXO PAÍS DE NACIONALIDAD
M CHILE

FECHA DE NACIMIENTO
09 MAYO 1942

FECHA DE EMISIÓN
15 JUN 2008

FECHA DE VENCIMIENTO
09 MAYO 2012

FIRMA DEL TITULAR

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Enrique Cornejo Catalán', written over a horizontal line.

RUN 4.411.075-K

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL "DR ERNESTO TORRES G"
SERVICIO SOCIAL

DE ASISTENTE SOCIAL - SOME
HOSPITAL DE IQUIQUE

A SRA ASISTENTE SOCIAL
DIDECO - MUNICIPALIDAD DE Alto Hospicio

EL / LA PACIENTE Brandon Eduardo Max Mamani Mamani

C/IDENTIDAD N° 23 085 437-8

ESTA CITADO/DA PARA EL DÍA 26/03/2012

EN EL Servicio de Neurología

DEL HOSPITAL / INSTITUTO Los Calvo Mackenna - Stgo

A Evoluar Diagnóstico POR Síndrome Hipotónico
en Centro Terciario Hiperlactacidémica.

VIAJA ACOMPAÑADO DE SU abuela DON/ÑA Nelly Mamani

Mamani RUT N° 10182221-4

PARA QUIEN SE SOLICITA APOYO EN PASAJES (DE IDA Y RETORNO), POR CARECER DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA SOLVENTAR EL VIAJE

SIN OTRO PARTICULAR Y PREVIA EVALUACIÓN DEL DEPTO SOCIAL DEL MUNICIPIO , SI LA SITUACIÓN LO AMERITA , ESPERO CONTAR CON SU COLABORACIÓN

ATENTAMENTE DE USTED


ASISTENTE SOCIAL / S. MARIA A MELENDEZ-MEDINA
ASISTENTE SOCIAL

IQUIQUE, 09 DE Marzo 2012.

RECIBIDO 21 OCT 2011

SOLICITUD DE TRASLADO N°: 13889

IDENTIFICACION DEL PACIENTE :
 NOMBRE : BRANDON EDUARDO MAX MAMANI MAMANI
 RUT : 23085437 -8
 DOMICILIO : LOS NOGALES 3090 HOSPITAL
 TELEFONO : 82823265
 CONTACTO CERCANO :
 SERVICIO DE ORIGEN : POLI NEUROLOGIA INFANTIL
 ENVIADO A : DR. LUIS CALVO MACKENNA, HOSPITAL DE
 FECHA NACIMIENTO : 27/07/2009
 CLASIFICACION DEL PACIENTE : BENEFICIARIO A
 TIPO DE TRASLADO : Nuevo

RESUMEN CUADRO ACTUAL :
 NIÑO DE 2 AÑOS QUE PRESENTA REPOSO MODERADO DEL SONO
 TAC CEREBRAL: ATROFIA CEREBRAL
 RMN CEREBRAL: ATROFIA CUERPO CALLOSO
 HALC: D SECUELAS ENCEFALICAS
 LACTACIDEMIA: 25 DE AGOSTO → 11.5
 22 DE SEPTIEMBRE → 9.8

DIAGNOSTICO DE TRASLADO :
 SINDROME HIPOTONICO
 RD. CEREBRO
 AG. A CUERPO CALLOSO **AGENESIA**
 HIPERLACTACIDEMIA

MOTIVO DE TRASLADO en :
 SE TRASLADA PARA EVALUAR DIAGNOSTICO A CENTRO TERCIARIO

EXAMENES DE APOYO :

MARTA SALDANA PES
 NOMBRE Y FIRMA DE
 QUE SOLICITA



PACIENTE O FAMILIAR QUE AUTORIZA EL TRASLADO:

NOMBRE :
 PARENTESCO:

AUTORIZA EL TRASLADO:

DETALLE DE PASAJES UTILIZADOS:

PACIENTE	MEDIO DE TRANSPORTE	DETALLE PASAJE
BRANDON EDUARDO MAX MAMANI MAMANI	Rut	90000002 IQUE. STGO. SEMI CAM
BRANDON EDUARDO MAX MAMANI MAMANI	Rut	90000002 STGO. IQUE. SEMI CAM

OBSERVACIONES:
 PACIENTE DEBE VIAJAR



SECRETARIA ADMINISTRATIVA



26.03.12

CITACIONES PACIENTES A POLICLINICOS
HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

SULTORIO DE REFERENCIA:

HOSPITAL DE IQUIQUE

SANTIAGO

NOMBRE PACIENTE	RUT	ESPECIALIDAD	CITACION	HORA
GARCIA BUENDIA CRISTHOPHER	21.912.796-0	CARDIOLOGIA	24-01-2012	14:00
SALAS PALAMANCA ESTEFANIA	19.180.228-4	NEUROLOGIA	09-01-2012	12:00
MAMANI MAMANI BRANDON	23.085.437-8	NEUROLOGIA	26-03-2012	9:00
GALLARDO HIDALGO EDUARDO	19.177.100-1	CIRUGIA	18-01-2012	9:15
MORENO LIRA ESTRELLA	19.435.985-3	ESCOLIOSIS	13-01-2012	8:00
FIGUEROA FERNANDEZ BRUNO	23.758.035-4	UROLOGIA	19-01-2012	11:00
RAMIREZ HOQUE SUYING	19.357.208-1	ENDOCRINOLOGIA	09-01-2012	9:00
FIGUEROA TAPIA VICENTE	22.972.714-1	OFTALMOLOGIA	27-02-2012	9:00
CASTILLO HUMADA ELIZABETH	22.712.844-5	OFTALMOLOGIA	08-03-2012	8:00
LEFANTE MEZ YULIANA	23.157.608-8	OFTALMOLOGIA	26-01-2012	8:00

No se garantiza puntualidad y previsión al día
se solicita pasajes ida y regreso para paciente y acompañante.



CITACIONES PACIENTES A POLICLINICOS
HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

CONSULTORIO DE REFERENCIA:

HOSPITAL DE IQUIQUE

SANTIA

Nº	NOMBRE PACIENTE	RUT	ESPECIALIDAD	CITACION	HORA
1	GARCIA BUENDIA CRISTOPHER	21.912.796-0	CARDIOLOGIA	24-01-2012	14:00
2	SALAS SALAMANCA ESTEFANIA	19.180.228-4	NEUROLOGIA	09-01-2012	12:30
3	MARMANI MAMANI BRANDON	23.085.437-8	NEUROLOGIA	26-03-2012	9:00
4	GALLARDO HIDALGO EDUARDO	19.177.100-1	CIRUGIA	18-01-2012	9:15
5	MORENO LIRA ESTRELLA	19.435.985-3	ESCOLIOSIS	13-01-2012	8:00
6	FIGUEROA FERNANDEZ BRUNO	23.758.035-4	UROLOGIA	19-01-2012	11:00
7	RAMIREZ CHOQUE SUYING	19.357.208-1	ENDOCRINOLOGIA	09-01-2012	9:00
8	FIGUEROA TAPIA VICENTE	22.972.714-1	OFTALMOLOGIA	27-02-2012	9:00
9	CASTILLO AHUMADA ELIZABETH	22.712.844-5	OFTALMOLOGIA	08-03-2012	8:00
10	ALFARO GOMEZ YULIANA	23.157.608-8	OFTALMOLOGIA	26-01-2012	8:00

Nota: Puntualidad y prevision al día
Se solicita pasajes ida y regreso para paciente y acompañante.

Nº FAX:

Atencion a las Pers
AGENDA MEDICA Y C
HOSPITAL LUIS
MACKENNA

F. Social 7050

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
13 MAR 2012
DIDECO



Mona Elena
Favor ver urgente

OFICINA DE PARTES

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

Para Consejo
Por favor.

PROVIDENCIA N° 000995 2012

FECHA: 12 MAR 2012

DERIVADO A:

- ALCALDIA

- DIDECO

- ADM. MUNICIPAL

- DAO

- SECRET. MUNICIPAL

- DEPORTES - CULTURA

- DIREC. JURIDICO

- DIREC. DE TRANSITO

- SECOPLAC

- DIREC. SERV. TRASPASADOS

- DIREC. DE CONTROL

- EDUCACION

- DAF

- SALUD

- RENTAS

- R.R.P.P.

- INSPECTORES

- OF. TERRITORIAL

- DOM

- OF. EMERGENCIA

V. Social

OBSERVACIONES:

se llame
por telefono 14-03-

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

15:51
ALCALDIA



ALCALDE

Recibido
14-03-2012

SEÑOR

RAMON GALLEGUILLOS CASTILLO

ALCALDE

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

PRESENTE



Le saludo deseando que se encuentre muy bien de salud y en las gestiones que usted realiza.

Mi nombre es Nelly Marta Mamani Mamani, Run 10.182.221-4, con domicilio en Los Nogales N°3090. Comuna de Alto Hospicio.

Le vengo a exponer mi situación tengo un nieto de 2 años 8 meses con el siguiente diagnostico SINDROME HIPOTONICO. Por tal motivo tiene que ser atendido en el hospital Calvo Mackenna de Santiago. Nosotros somos personas de bajos recursos ya que mi esposo esta sin trabajo y yo trabajo de ambulante.

Por todo lo antes expuesto es que solicito su ayuda para poder viajar y acompañar a mi nieto. Además de una subvención para la comida, locomoción y el alojamiento en la ciudad de Santiago. Nosotros no tenemos familia ni alguien que nos reciba y tenemos que estar allá más menos 15 días.

Espero que me pueda ayudar ya que necesito los pasajes y una subvención de \$250.000.- para todos los gastos.

Agradezco su atención a la presente y en espera de una favorable respuesta se despide de usted.

Adjunto los documentos del hospital.

Nelly Mamani M.

Nelly Marta Mamani Mamani,

Run 10.182.221-4

Fono de contacto: 82823265

Alto Hospicio, 12 de marzo 2012.-

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

15 51
ALCALDE

INGRESOS		JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES		OTROS INGRESOS ANUALES	
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	Monito	Monito	Monito	Monito
1	1200000				
2	960000				

VIVIENDA		FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA		Numero de habitaciones que usan como dormitorios excluyendo baño y cocina	
1	Tenencia del sitio	1	DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA	0	Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios
1	Tenencia de la Vivienda	1	SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS		
1	Familia Principal de la Vivienda	2	USO DE BAÑO		

GESTION DE LA FICHA		
Codigo Encuestador(a)	Codigo Supervisor(a)	Codigo Revisor(a)
2189		
FECHA APLICACION FICHA:	FECHA SUPERVISION COMUNAL:	FECHA REVISION COMUNAL:
Dia Mes Año	Dia Mes Año	Dia Mes Año
12 02 2007		17 03 2009
FIRMA ENCUESTADOR(A)	FIRMA SUPERVISOR(A)	FIRMA REVISOR(A)

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION: _____



FOLIO N° 668953
 PUNTAJE: 4183
 FECHA PJE: 01/03/2012

LOCALIZACION TERRITORIAL

CODIGO COMUNA: 01107 ZONA: 1 UNIDAD VECINAL: 11

NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACION VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO: 11 DE MARZO

TIPO AGREGACION HABITACIONAL: OT CODIGO AGREGACION HABITACIONAL: 42 CODIGO MANZANA: 1 CODIGO CALLE: 146

NOMBRE DE CALLE O CAMINO: LOS NOGALES

NUMERO DE DOMICILIO: 3099 BLOCK/ CASA: 1 DEPARTAMENTO/ SITIO: CODIGO VIVIENDA: 11

REFERENCIAS

DECLARACION INFORMANTE CALIFICADO

FIRMA INFORMANTE CALIFICADO

N° DE ORDEN DE LA FAMILIA: 1

Declaro que los datos proporcionados son fidedignos, asumo la responsabilidad por ellos, y autorizo a MIDEPLAN a realizar un proceso de verificación de la información en caso de ser necesario. Adicionalmente, autorizo el uso de la información proporcionada, exclusivamente con el fin de postular a beneficios sociales del estado

Cartola de Beneficiarios por NIS - Windows Internet Explorer

190.06.79.125

http://sinab.junaeb.d/sinab2... Cartola de Beneficios por ... X

Favoritos

Página - Seguridad - Herramientas

Cartola de Beneficios Sociales x NIS

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPIICIO

16/03/2012
15:21:38
[Volver](#)

[Imprimir](#) [Limpiar](#)

I.I.S. R.U.T. Apellido Paterno

Beneficiario [Buscar...](#)

NIS NOMBRES

[FOLIO](#) [NIS](#) [FEC](#)

Mensaje de página web

Registro 0007050 no posee beneficios asociados

[Aceptar](#)

Inició

Cartola de Beneficios ... MIDEPLAN - Módulo d... Bandeja de entrada ...