



MUNICIPALIDAD REPÚBLICA DE CHILE  
ALTO HOSPICIO  
**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
**SECCIÓN MUNICIPAL**

Alto Hospicio, 08 de Agosto de 2012.-  
**DECRETO ALC. N° 1432/2012.-**

**VISTOS Y CONSIDERANDO:** La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Acuerdo N° 152/2012 tomado en la 22ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de 07 de Agosto de 2012, que aprueba por la unanimidad de sus miembros presentes, ayuda social para doña Cinthia Lorena Araya Hinojosa, por la suma de \$350.000.-, para su hijo Valentin Araya Araya, de 4 años de edad, el cual padece Síndrome de Down y una malformación de año rectal y vejiga neurogénica. El cual debe presentarse el día 13 de Agosto en el Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago para ser operado de Ampliación Vesical. Lo que incluye gastos de estadía y compra de medicamentos; Memorando N°1921/12, de fecha 08 de Agosto de 2012, que remite antecedentes, entre ellos, Informe Socioeconómico, que justifican la entrega de la ayuda social acordada; y Certificado de Obligación Presupuestaria. Y, Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

**DECRETO:**

- 1.- Otórguese ayuda social a doña **Cinthia Lorena Araya Hinojosa**, RUT 16.593.360-5, por la suma de \$350.000.- (Trescientos cincuenta mil pesos), para cubrir gastos de estadía y compra de medicamentos. Para su hijo **Valentin Araya Araya**, RUT 22.521.503-0, de 4 años de edad, el cual padece Síndrome de Down y una malformación de año rectal y vejiga neurogénica. El cual debe presentarse el día 13 de Agosto en el Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago para ser operado de Ampliación Vesical. Deposítese a la cuenta RUT 16539605, Banco Estado, a nombre de doña Cinthia Araya Hinojosa quien es madre de Valentin Araya Araya, y por ende será personalmente responsable de su rendición 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, 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 don Jose Valenzuela Díaz, Secretario Municipal Suplente. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.

**JOSE VALENZUELA DÍAZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL SUPLENTE**

R  
RMAT/sgch  
Distribución:  
Adm. y Finanzas  
Dideco  
Dir. Control  
Sec. Municipal





MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

SECRETARÍA MUNICIPAL  
REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS  
TARAPACÁ - CHILE  
2012

Alto Hospicio, a 09 de agosto de 2012

## CERTIFICADO

**JOSE JESUS VALENZUELA DIAZ**, Secretario Municipal Suplente y Secretario del Concejo Municipal de Alto Hospicio, certifica que durante la vigésima segunda (22°) Sesión Ordinaria de Concejo de fecha 07 de agosto de 2012, el Honorable Concejo acordó lo siguiente:

**ACUERDO N° 152/2012:**

*En ausencia del Sr. Concejel Luis Bustamante, y el voto conforme de los Señores Concejales Eledier Avendaño, Sergio Reyes, Orlando Garay, Ernesto Pérez y Jessica Becerra, presentes al Concejo, se aprueba la ayuda social a favor de:*

- *Sra. Maria Luisa Villar Gonzales, RUT: 3.361.870-0, quien solicita ayuda por un monto de \$ 356.228.- para cancelar deuda en Cementerio por nicho de su hijo Pablo Núñez Villar, quien falleció el año 2008, debiendo derecho de sepultación por los años 2009.2010.2011.*

*Por unanimidad de los miembros presentes del Concejo, se aprueban se aprueba la ayuda social a favor de:*

- *Sra. Cinthia Lorena Araya Hinojosa, RUT: 16.593.360-5, quien solicita ayuda por un valor de \$ 350.000, para su hijo Valentin Araya Araya, de 4 años de edad, el cual padece Síndrome de Down y una malformación de ano rectal y vejiga neurogénica. El cual debe presentarse el día 13 de agosto en el Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago para ser operado de Ampliación Vesical. Lo que incluye gastos de estadía y compra de medicamentos.*

**JOSE JESUS VALENZUELA DIAZ**  
Secretario Municipal (S)

JVD/efr  
Distribución:  
Dideco  
Jurídico  
S. Municipal



Sever: Ses Hone  
ingente

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
1437 08 AGO 2012  
10:00 HRS.  
DIRECCIÓN JURÍDICA



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal

178 1432  
08.08.12

Alto Hospicio, 08 de Agosto de 2012.

**MEMORANDUM N° 1921 /2012.**

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

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

Junto con saludarle y en relación a los casos sociales aprobados con fecha 07 de Agosto de 2012, solicito lo siguiente:

Caso de la Sra. Cinthia Lorena Araya Hinojosa , Rut 16.593.360-5, por \$ 350.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio, cheque y deposito a nombre de Cinthia Araya Hinojosa, cuenta Rut.16.593.360-5, Banco Estado.

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

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



*(Handwritten signature in blue ink)*

Camila Arce Fajardo  
Directora  
Dirección Desarrollo Comunitario

**Distribución:**

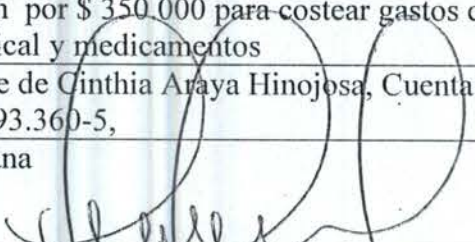
- Archivo Jurídico. ✓
- Archivo DIDECO.





**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
Dirección de Desarrollo Comuna

<b>Resumen Caso Social Concejo Municipal</b>	
Nombre del / la solicitante	Cinthia Lorena Araya Hinojosa
Actividad	Dueña de casa, estudiante
Edad	25 años
Ingresos	123.725
Puntaje F.P.S	3144
Situación Actual	Cinthia, 25 años, soltera, vive junto a su hijo de Valentín de 4 años, en calidad de allegados en casa de su padre, económicamente no cuenta con trabajo dependiendo solo de pensión de alimentos de \$ 70.000 y Subsidio de discapacidad mental de \$ 55.758, producto que Valentín padece de Síndrome de Down y una malformación ano rectal y vejiga neurogénica. Actualmente con fecha 13 de Agosto debe presentarse con Valentín en el Hospital Luis Calvo Mackenna para una operación de Ampliación Vesical, la cual consiste en la instalación de una sonda que le permita orinar por el ombligo, cuyo proceso post-operatorio requiere de su estadía en Santiago por alrededor de un mes, por posibles complicaciones, además de enseñarle el manejo de la sonda. Es por esta razón que solicita apoyo económico para costear gastos de su estadía, compra de medicamentos que requiere durante el post-operatorio y la sonda que requiere para orinar, por lo cual solicita apoyo económico.
Documentación Adjunta	Informe Social Certificado Medico Certificado de Discapacidad Certificado Chile solidario Certificado Colegio
Solicitud	Solicita Subvención por \$ 350.000 para costear gastos de estadía, Sonda Vesical y medicamentos
Forma de pago y N° de cuenta	Deposito a Nombre de Cinthia Araya Hinojosa, Cuenta Rut Banco Estado 16.593.360-5,
Nombre y Firma de la Asistente Social	Paola Lema Antezana

  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
ASISTENTE SOCIAL  
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO



# INFORME SOCIAL

07/08/2012 12:45:49  
 Nro.: 0000197

**Antecedentes del solicitante**

Nombre Completo	ARAYA	HINOJOSA	CINTHIA LORENA	Nacionalidad	Chile
R.U.N.	16593360-5	Estado civil	Soltero	Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento	08/03/1987	Previsión	Fonasa A		
Escolaridad	Centro de formación técnica incompleta	Profesión u oficio	ESTUDIANTE		
Domicilio	PASAJE PUTUNCHARA	Nro.	3463	Fono (recado)	83410521
Programa puente	NO	Ficha Procl. Social	2137707	Puntaje:	3144

Condiciones de saneamiento y confort  Agua potable  Energía eléctrica  Alcantarillado **Antecedente habitacional** 5. Allegado

Antecedentes del grupo familiar Nro. de Integrantes : 2 Ingreso per - Capita : 62.879 Total de ingresos \$ 125.758

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ARAYA HINOJOSA CINTHIA LORENA	16593360-5	Hija sola del jefe/a	08/03/1987	Centro de formación té	ESTUDIANTE	70.000	Fonasa A
VALENTIN ARAYA ARAYA	22521503-0	Hijo/a solo del jefe/a	06/10/2007	Educación parvularia	ESTUDIA EN ESC	55.758	Fonasa A

Asunto SOLICITA SUBVENCION ECONOMICA

**Situación Social**  
 CINTHIA, 25 AÑOS, SOLTERA, VIVE JUNTO A SU HIJO EN CALIDAD DE ALLEGADO EN CASA DE SU PADRE. ECONOMICAMENTE DEPENDE DE LA PENSION DE ALIMENTOS QUE OTORGA EL PADRE DE SU HIJO, ADEMÁS DE SUBSIDIO DE DISCAPACIDAD MENTAL, SIENDO IMPOSIBLE TRABAJAR PRODUCTO QUE VALENTIN PADECE DE SINDROME DE DOWN Y UNA MALFORMACION ANO RECTAL Y VEJIGA NEUROGENICA. ACTUALMENTE CON FECHA 13 DE AGOSTO DEBE PRESENTARSE CON SU HIJO VALENTIN EN EL HOSPITAL CALVO MACKENNA PARA UNA OPERACION DE AMPLIACION VESICAL, LA CUAL CONSISTE EN UNA INSTALACION DE UNA SONDA QUE LE PERMITIRA ORINAR POR EL OMBLIGO, PROCESO POST-OPERATORIO QUE REQUIERE DE SU ESTADIA EN SANTIAGO ALREDEDOR DE 30 MESES, SIENDO IMPOSIBLE POR CINTHIA COSTEAR MEDICAMENTOS QUE VA A REQUERIR VALENTIN DESPUES DE LA OPERACION Y SU ESTADIA, POR LO CUAL SE SOLICITA APOYAR

PAOLA LEMMA ANTEZANA  
 MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
 SISTEMA DE ASISTENTE SOCIAL  
 DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO

dvargas@mahoc.cl

Fecha : 07/08/2012





**INFORME SOCIAL**

Nro.: 0000197

07/08/2012 12:45:49

**Antecedentes del solicitante**

Nombre Completo ARAYA HINOJOSA CINTHIA LORENA Nacionalidad Chile  
 R.U.N. 16593360-5 Estado civil Soltero Sexo: Femenino  
 Fecha de nacimiento 08/03/1987 Previsión Fonasa A  
 Escolaridad Centro de formación técnica incompleta Profesión u oficio ESTUDIANTE  
 Domicilio PASAJE PUTUNCHARA Nro. 3463 Fono (recado) 83410521  
 Programa puente NO Ficha Prot. Social 2137707 Puntaje: 3144

Condiciones de saneamiento y confort  Agua potable  Energía eléctrica  Alcantarillado Antecedente habitacional 5. Allegado

Antecedentes del grupo familiar Nro. de Integrantes: 2 Ingreso per - Capita: 62.879 Total de ingresos \$ 125.758

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ARAYA HINOJOSA CINTHIA LORENA	16593360-5	Hijo/a solo del jefe/a	08/03/1987	Centro de formación té	ESTUDIANTE	70.000	Fonasa A
VALENTIN ARAYA ARAYA	22521503-0	Hijo/a solo del jefe/a	06/10/2007	Educación parvularia	ESTUDIA EN ESC	55.758	Fonasa A

Asunto SOLICITA SUBVENCIÓN ECONOMICA

**Situación Social**  
 CINTHIA, 25 AÑOS, SOLTERA, VIVE JUNTO A SU HIJO EN CALIDAD DE ALLEGADO EN CASA DE SU PADRE. ECONOMICAMENTE DEPENDE DE LA PENSION DE ALIMENTOS QUE OTORGA EL PADRE DE SU HIJO. ADEMÁS DE SUBSIDIO DE DISCAPACIDAD MENTAL, SIENDO IMPOSIBLE TRABAJAR PRODUCTO QUE VALENTIN PADECE DE SINDROME DE DOWN Y UNA MALFORMACION ANO RECTAL Y VEJIGA NEUROGENICA. ACTUALMENTE CON FECHA 13 DE AGOSTO DEBE PRESENTARSE CON SU HIJO VALENTIN EN EL HOSPITAL CALVO MACKENNA PARA UNA OPERACION DE AMPLIACION VESICAL. LA CUAL CONSISTE EN UNA INSTALACION DE UNA SONDA QUE LE PERMITIRA ORINAR POR EL OMBLIGO. PROCESO POST- OPERATORIO QUE REQUIERE DE SU ESTADIA EN SANTIAGO ALREDEDOR DE UN MES, SIENDO IMPOSIBLE POR CINTHIA COSTEAR MEDICAMENTOS QUE VA A REQUERIR VALENTIN DESPUES DE LA OPERACION Y SU ESTADIA, POR LO CUAL SE SOLICITA APOYAR

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
 PAOLA LEMMA ANTEZANA ASISTENTE SOCIAL  
 Nombre y Firma Asistente Social DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO

dvaras@maho.cl

Fecha: 07/08/2012



# CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

07/08/2012

12:45:14

N.I.S.	0000197	R.U.N.	16593360-5		
NOMBRE BENEFICIARIO:	ARAYA	HINOJOSA	CINTHIA LORENA		
CALLE	PASAJE PUTUNCHARA		3463		
NRO. F.P.S.	2137707	PUNTOS	3144		
INGRESOS	125.758	PERCAPITA	62.879	INTEGRANTES	2

Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social
240	22/11/2007	MEDICAMENTOS 1 PAQUETE TEGADERM, 1 PASTA :		PAOLA LEMA ANTEZANA
4513	26/11/2009	MARIA ELENA VALDERRAMA	7.815	PAOLA LEMA ANTEZANA
<b>TOTAL BENEFICIOS \$</b>			<b>7.815</b>	



FOLIO N°   
 PUNTAJE:   
 FECHA PJE:



INGRESOS			
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJADOR	JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES	OTROS INGRESOS ANUALES
1	Monto <input type="text" value="1200000"/>	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value="720000"/>
	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>
	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>
	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>
	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>	Monto <input type="text" value=""/>

**VIVIENDA**

3 Tenencia del sitio  FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA  Numero de habitaciones que se usan con pertinencia excluyendo baño y cocina

3 Tenencia de la Vivienda  DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA

0 Familia Principal de la Vivienda  USO DE BAÑO

1 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS

0 Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios

**GESTION DE LA FICHA**

Codigo Encuestador(a)	Codigo Supervisor(a)	Codigo Revisor(a)
<input type="text" value="107"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

FECHA APLICACION FICHA:

Dia  Mes  Año

FECHA SUPERVISION COMUNAL:

Dia  Mes  Año

FECHA REVISION COMUNAL:

Dia  Mes  Año

FIRMA ENCUESTADOR(A)

FIRMA SUPERVISOR(A)

FIRMA REVISOR(A)

**LOCALIZACION TERRITORIAL**

CODIGO COMUNA  ZONA  UNIDAD VECINAL

NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACION VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO

TIPO AGRUPACION HABITACIONAL  CODIGO AGRUP. HABITACIONAL  CODIGO MANZANA  CODIGO CALLE

NOMBRE DE CALLE O CAMINO

NUMERO DE DOMICILIO  BLOQUE/ CASA  DEPARTAMENTO/ SITIO  CODIGO VIVIENDA

REFERENCIAS

CON FECHA 30-7-2012 SE INGRESA NUEVAMENTE RUT DE MENOR PARA SU VALIDACION CON EL REGISTRO CIVIL YA QUE CAMBIO SU APELLI

**DECLARACION INFORMANTE CALIFICADO**

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

FIRMA INFORMANTE CALIFICADO

N° DE ORDEN DE LA FAMILIA

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:

Codigo Encuestador :





MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
HOSPITAL "DR. E. TORRES G."

2016448

NOMBRE: Valentin Cunuhos Araya

EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_ Nº FICHA: \_\_\_\_\_

*Rp.* Artificio que Valentin  
presenta una malformación  
de polo cefal, un  
vejiga Neurogénica, que  
requiere una ampliación  
vesical. Será intervenido  
quirúrgicamente en Hospital Calvo  
MacKenzie en Santiago.

Solicitó operarse a un modo  
para conseguir sonda vesical  
especial (Fosi) y ayudar  
a su estado en Santiago.

31/7/12 ECHA

*Ala*  
NOMBRE DEL FIRMANTE: Dr. Mps - 150576  
9110233-6







REPUBLICA DE CHILE

Código Verificación:  
5e16f59adeae



106089733

**CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

Uso exclusivo para ASIGNACION FAMILIAR

Circunscripción : IQUIQUE  
Nro. inscripción : 3.849 Registro : 10/07/2007  
Nombre inscrito : VALENTÍN IGNACIO JOSUE CUBILLOS ARAYA  
R.U.N. : 22.521.503-0  
Fecha nacimiento : 6 Octubre 2007  
Sexo : Masculino  
Nombre del padre : JUAN CLAUDIO CUBILLOS FERNANDEZ  
Nombre de la madre: CINTHIA LORENA ARAYA HINOJOSA  
R.U.N. de la madre: 16.593.360-5  
\* PARA SER PRESENTADO EN INSTITUCIONES PREVISIONALES

FECHA EMISIÓN: 30 Julio 2012, 09:42.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 290  
Impreso en: IQUIQUE SO ALTO HOSPIICIO  
REGION : TARAPACA

Verifique la validez de este documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o en el 600 370 2000 para telefonos fijos y celulares. Ahorra tiempo, revisa en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) los certificados disponibles en línea.



Timbre electrónico SRCel



**Andres Falcon Valencia**  
Jefe Archivo General  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada

1801604

RUN : 22521503-0

?;4nC\*

[www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl)





197

### CITACION PABELLÓN DE CIRUGÍA

Nombre: Valentín Ceballos Araya Ficha: 203592

Previsión: (A) Diagnóstico: Acople de codo vesical

Edad: 4a

Caribeop Dr. Ossandón

**DEBE VENIR A:**

Tomar exámenes Pre-Operatorios el día \_\_\_\_\_ Lugar (clínica) 13 Agosto 2012

Asistir a control Pre-Operatorio el día \_\_\_\_\_ a las 13:00

Con el Dr./Dra. (Señor 16 Agosto 2012)

**FECHA DE OPERACIÓN:** 16 Agosto Debe presentarse en Admisión Hospital de día Quirúrgico, a las \_\_\_\_\_ con el niño/a en ayunas desde las \_\_\_\_\_ horas (eso significa que luego de esta hora el niño/a no puede comer ni tomar **NADA, ni siquiera agua**).

\* Hospitalizar el día 13 Agosto a las 13:00 hrs.

**INDICACIONES PRE-OPERATORIAS**

1. Presentarse en Admisión Hospital de día Quirúrgico.
2. Presentarse el día y hora indicada. Solo mamá y/o papá.
3. No dar aspirina 10 días antes de la operación (eso se refiere sólo a la aspirina. No suspender otros medicamentos que el niño utilice como salbutamol, ácido valproico, inmunosupresores, etc.).
4. Traer al niño bañado, pelo limpio y tomado en las niñas, uñas cortas, limpias y sin esmalte.
5. No traer objetos de valor.
6. En caso de que quede hospitalizado traiga pijama, pantuflas y los útiles de aseo.  
Si la operación de su hijo/a es ambulatoria, no traiga pijama sólo ropa suelta (ej. Buzo).
7. Se solicitan dos (2) donantes de sangre, para lo que debe dirigirse a Banco de Sangre (ubicación: subterráneo, fono: 5755836) en donde le entregaran un comprobante que usted debe presentar el día de la operación de su hijo/a.
8. Si tiene dudas o si su hijo/a se encuentra resfriado, con fiebre y/o otras enfermedades, se solicita que avise dos a tres días antes a los siguientes teléfonos: 5755888 - 5755887. Posteriormente usted debe acercarse a nuestras oficinas a solicitar una nueva fecha.
9. Tener su previsión al día. Si usted es Fonasa C o D no olvide solicitar el presupuesto de la operación, el cual debe estar cancelado a más tardar el día previo a la operación.
10. No olvidar traer firmado la autorización para operación.
11. Los pacientes deben venir acompañados solo de dos personas, de preferencia los padres.
12. Se informa que los pacientes que se encuentran citados a las 10:30 horas, el horario de inicio de los pabellones de tarde es a partir de las 13:00 horas.
13. Traer candado pequeño para guardar útiles personales.

Marcela Paredes  
ENFERMERA POLICLINICO DE CIRUGÍA

(9 44106507)  
Sra. Marcela P

Santiago, 25 de junio de 2012.





REPUBLICA DE CHILE

Código Verificación:  
c1620c85d73a



106090082

**DUPLICADO CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD**

RUN : 22.521.503-0,

NOMBRE: VALENTÍN IGNACIO JOSUE  
CUBILLOS ARAYA

DOMICILIO: CALLE 2 3011 , PORTALES DEL  
NORTE  
ALTO HOSPICIO

EMISION : 30 JUL 2012

GRADO DE DISCAPACIDAD:

VENCIMIENTO: NO TIENE

Psíquica o Mental 80,00 %

VALIDA SOLO ACOMPAÑADA CON CÉDULA DE IDENTIDAD

FECHA EMISIÓN: 30 de Julio de 2012, 09:44.

Este certificado presenta información contenida en el Registro de Discapacidad al momento de su emisión.

Verifique la validez de este documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o en el 600 370 2000 para teléfonos fijos y celulares. Ahorra tiempo, revisa en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) los certificados disponibles en línea.



Timbre electrónico SRCel



**Andrés Falcón Valencia**  
Jefe Archivo General  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada





## MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, Agosto 2012

### CERTIFICADO

El Apoyo Familiar que suscribe, certifica que la Sra. Cinthia Araya Hinojosa RUN 16.593.360-5 domiciliados en esta comuna, ellos y su grupo familiar pertenecen al Sistema Chile Solidario, *ID 328914* Su vigencia es hasta Abril del 2013.

#### formación entregada por el Rcel

Nombre	Cinthia Lorena
Apellido Paterno	Araya
Apellido Materno	Hinojosa
Sexo	F
Fecha de Nacimiento	08 / 03 / 1987
No tenemos información actualizada de Rcivil	

#### Familia ARAYA HINOJOSA

ID	328.914
Situacion	Egresada
Fecha de Contacto Inicial	29-04-2008
Fecha Ultima Visita	16-04-2010
Apoyo Familiar	<small>contacto</small> Vanessa Andrea Menéndez Menéndez
Comuna	Alto Hospicio, Tarapaca Region
Persona Ingresada	03-05-2008

#### Información de Bonos asociados al RUN: 16593360-5

ID Familia	Tipo de Movimiento	Bonos
328.914	Pagado	32

Ficha de Protección Social

Folio:	2.137.707
Puntaje:	3.144
Comuna:	Alto Hospicio
Fecha:	26-10-2007

16593360	5	Cynthia Lorena	Araya	Hinojosa	19870308	F	1
22521503	0	Valentin Ignacio Josue	Araya	Araya	20071006	M	4

**Pamela Bobadilla S**  
**Apoyo Familiar - Programa Puente**  
**MAHO**

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
**PROGRAMA PUENTE**  
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO







## Certificado

Cubillos Araya Valentin Ignacio Josue RUT. 22.521.503-0  
fue matriculada para el presente año escolar 2012 en la Escuela Especial URUCHI,  
ubicada en los Cóncores 3810 de la comuna de Alto Hospicio.

El menor es alumno regular del curso Prebásico 4 de nuestra Escuela

Se extiende el presente documento para los fines que estime conveniente.

Escuela Especial URUCHI.  
Alto Hospicio, 2012-07-30

