

REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
SECCION MUNICIPAL

Alto Hospicio, 04 Enero de 2012.-  
DECRETO ALC. N° 025/12.-

**VISTOS:** La Ley N° 19.943 crea Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Acuerdos Nos 04/2012 y 05/2012 tomados en la 02ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de fecha 03 de Enero de 2012, que aprueba por unanimidad de los miembros presentes del Concejo el otorgamiento de las ayudas sociales a las personas que indica y por los montos que señala; Memorando N° 020/12 de fecha 04 Enero de 2012, de Dideco, que remite Informes Sociales N° 3022 y 5878, y solicita se decrete ayuda social por los montos y a nombre de las personas que indica por los motivos expuestos en los informes sociales que adjunta.

**DECRETO:**

1.- Otórgase ayuda social a doña **PATRICIA SANTOS REBOLLEDO**, RUT 8.780.814-9, por la suma total de \$75.000.- (setenta y cinco mil pesos), para cubrir el saldo de los gastos correspondiente a la compra de 01 (un) colchón antiescaras para su yerna quien se encuentra postrada en su cama en estado vegetal, producto de un infarto cerebral extenso a raíz de un cuadro febril y persistente dolor de cabeza que presentó durante su embarazo, cabe señalar que producto de lo anterior el nonato falleció a los 6 meses de gestación. Gírese cheque a nombre de la Directora de Desarrollo Comunitario, doña **Camila Arce Fajardo**, por la suma antedicha, para que concrete la compra del mencionado colchón antiescaras, la que se rendirá conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.

2.- Otórgase ayuda social a don **JOSÉ OVALLE PIZARRO**, RUT 7.829.051-K, por la suma total de \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos), para cubrir los gastos de compra de insumos médicos de curaciones, toda vez que padece de ulcera varicosa. Gírese cheque a nombre del beneficiario, don **José Ovalle Pizarro**, por la suma antedicha, para que concrete la compra de los insumos médico mencionados, la que se rendirá conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.

3.- Los fondos se rendirán conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.

4.- Impútese los gastos que deriven de la concreción del presente Decreto, de la siguiente forma:

- ) La ayuda social a doña Patricia Santos Rebolledo, a la cuenta N° 114.03.04, del Presupuesto Municipal vigente.
- ) La ayuda social a don José Ovalle Pizarro, a la cuenta N° 215.24.01.007, del Presupuesto Municipal vigente.

**Fdo.** Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde de la Comuna; Luis Patricio Ríos Muñoz, Secretario Municipal Subrogante.

Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.**



**LUIS PATRICIO RÍOS MUÑOZ**  
SECRETARIO MUNICIPAL(S)

RMAT/jrh  
Distribución:

- Adm y finanzas.
- DIDECO
- Dir. Control.



**Eduardo Jorquera**

---

**De:** Luis Rios [lrios@maho.cl]  
**Enviado el:** Jueves, 05 de Enero de 2012 12:05  
**Para:** eorquera@maho.cl  
**Asunto:** RV: Acuerdos ayuda social Sesión ordinaria N°02/2012 de 3 de enero de 2012

**De:** Leticia Robles [mailto:lrobles@maho.cl]  
**Enviado el:** miércoles, 04 de enero de 2012 5:45  
**Para:** 'Jorge Ignacio Reyes'; lrios@maho.cl; 'Camila Arce'; rmalvaro@maho.cl  
**Asunto:** Acuerdos ayuda social Sesión ordinaria N°02/2012 de 3 de enero de 2012

**ACUERDO N°04/2012:**

*Por la unanimidad de los miembros presentes del Concejo, se aprobó una ayuda social a favor de doña Patricia Santos Rebolledo, Rut N°8.780.814-9 por la suma de \$75.000 (Setenta y cinco mil pesos) para adquirir un colchón antiescaras para su nuera Elvia Oxa Flores quien se encuentra en estado vegetal producto de un infarto cerebral sufrido durante su embarazo.*

**ACUERDO N°05/2012:**

*Por la unanimidad de los miembros presentes del Concejo, se aprobó una ayuda social a favor de don José Armando Ovalle Pizarro, Rut N°7.829.051-K, por la suma de \$150.000 (Ciento cincuenta mil pesos) para cubrir gastos médicos de curaciones y gastos de traslados al Hospital de Iquique que requiere a consecuencia de una reciente operación por úlcera varicosa.*

025-12  
04.1.12

perfecta urgencia  
a este tema



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal



Alto Hospicio, 04 de Enero de 2012.

**MEMORANDUM N° 020 /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 03 de Enero de 2012, solicito lo siguiente:

Caso de la Sra. Patricia Santos Rebolledo, Rut 8.780.814-9 por \$ 75.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de la Sra. Camila Arce Fajardo, Directora de Dideco.

Caso del Sr. José Armando Ovalle Pizarro, Rut 7.829.051-K por \$ 150.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de José Ovalle Pizarro, Rut. 7.829.051-K.

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, 26 de Diciembre de 2011.

**MEMORANDUM N° 2513 / 2011**

A : Sr. Paulo Gómez Barrera  
Alcalde(S) 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. Patricia Santos Rebolledo, Rut.16.350.651-3, quien solicita apoyo al Concejo Municipal por un monto de \$ 75.000, para la compra de colchón antiescaras para su yerna, ya que presenta embarazo de 6 meses, teniendo cuadro febril con persistente dolor de cabeza. En estos momentos se encuentra hospitalizada con infarto cerebral extenso en la UTI del hospital. El bebe falleció ella continua en estado vegetal.

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

Lo anterior para su conocimiento y resolución.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



*[Handwritten Signature]*  
Camila Arce Fajardo  
Directora

Dirección Desarrollo Comunitario

**Distribución:**

- Archivo Alcaldía ✓
- Archivo Dideco.

378  
**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal- Municipalidad de Alto Hospicio  
Los Álamos 3056- Fono: 583101- Fono Fax : 583102 [www.maho.cl](http://www.maho.cl)  
Comuna de Alto Hospicio- Región de Tarapacá

27 DIC 2011

15:10 HRS.

**ALCALDIA**



## MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal

<b>Resumen Caso Social Consejo Municipal</b>	
Nombre del / la solicitante	<b>PATRICIA SANTOS REBOLLEDO</b>
Actividad	DUEÑA DE CASA
Nombre de la beneficiaria	ELVIA ROXANA OXA FLORES
R.U.T. Beneficiaria	16.350.651-3
Edad	26 años
Ingreso del grupo familiar	\$ 115.000
Puntaje F.P.S Beneficiaria	3.182 puntos
Grupo Familiar	3 adultos y 2 menores de edad
Fecha de la Visita	22 de diciembre de 2011
SITUACION ACTUAL	La señora Patricia Santos, dueña de casa, dirigente vecinal del sector Las Tomas, indica pertenecer a Programa Puente, familia de escasos recursos. Junto a ella vive en calidad de allegado su hijo junto a su grupo familiar, trabajando solamente en forma esporádica, donde su yerna presenta embarazo de 6 meses, teniendo cuadro febril con persistente dolor de cabeza. En estos momentos la afectada está hospitalizada con un infarto cerebral extenso en UTI de Hospital. El bebé falleció, ella continúa en estado vegetal. Debido a ello solicita 1colchón antiescaras cuyo valor es de \$ 75.000. La familia no está en condiciones de cubrir este valor, ya que los ingresos que recibe la enferma, cubren los gastos de pañales y parches.
DOCUMENTACION ADJUNTA	FOTOCOPIA DEL CARNE DE IDENTIDAD DE LA REFERIDA. CERTIFICADO MEDICO. RECETA Y COTIZACION DE COLCHON ANTIESCARAS. 2 LIQUIDACIONES DE PAGO DE LA REFERIDA
SOLICITUD	APOYO ECONOMICO DE \$ 75.000 PARA LA COMPRA DE COLCHON ANTIESCARAS QUE NECESITA LA ENFERMA.
Nombre y Firma de la Asistente Social	 <b>MARIA ALEJANDRA GUERRA ALFARO</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"><b>MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO</b> <b>ASISTENTE SOCIAL</b> <b>DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO</b></div>



**INFORME SOCIAL**

**Antecedentes del solicitante**

Nombre Completo	<b>SANTOS REBOLLEDO</b>	<b>PATRICIA</b>	Nacionalidad	Chile
R.U.N.	<b>8780814-9</b>	Estado civil	Conviviente	Sexo : <b>Femenino</b>
Fecha de nacimiento	<b>21/10/1961</b>	Previsión	<b>Fonasa A</b>	
Escolaridad	<b>Educación básica</b>	Profesión u oficio	<b>RECOLECCION DE CHATARRA</b>	Fono (recado) <b>77785569</b>
Domicilio	<b>LAS TOMAS</b>	Nro.	<b>13</b>	Puntaje : <b>6794</b>
Programa puente	<b>SI</b>	Ficha Prot. Social	<b>5075536</b>	

**Condiciones de saneamiento y confort**

Agua potable

Energía eléctrica

Alcantarillado

**Antecedente habitacional**

3. Usufructuario

**Antecedentes del grupo familiar**

Nro. de Integrantes : **5**

**5**

Ingreso per - Capita : **23.000**

**23.000**

Total de ingresos \$ **115.000**

**115.000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
SANTOS REBOLLEDO PATRICIA	8780814-9	jefa de familia	21/10/1961	Educación básica	RECOLECCION E	69.000	Fonasa A
JUAN PEÑA SANTOS	216455681	Hija de ambos	21/08/2004	Educación básica	ESTUDIA	30.000	Fonasa A
JUAN PEÑA	118117095	jefa de familia	21/11/1971	Educación básica	RECOLECCION E	16.000	Fonasa A
ELVIA ROXANA OXA FLORES	16350651-3	Yerno o nuera	05/04/1985	Educación media cientí	DUENA DE CASA		Fonasa A
SAMIRA ANTONIA ROJAS OXA	22099588-7	Nieta	20/04/2006	Educación básica	ESCOLAR		Fonasa A

**Asunto** SOLICITA AYUDA EN LA COMPRA DE COLCHON ANTIESCARAS

**Situacion Social**

SRA. PATRICIA, JEFA DE HOGAR, DIRIGENTA VECINAL DE LAS TOMAS. INDICA PERTENECER A PROGRAMA PUENTE. FAMILIA DE ESCASOS RECURSOS. JUNTO A ELLA VIVE EN CALIDAD DE ALLEGADO SU HIJO, QUIEN ES EL UNICO SUSTENTO DE SU GRUPO FAMILIAR, TRABAJANDO SOLAMENTE EN FORMA ESPORADICA. SU YERNA, ESTANDO EMBARAZADA DE 6 MESES, PRESENTA CUADRO FEBRIL EL CUAL ES TRATADO SOLAMENTE CON PARACETAMOL EN EL HOSPITAL. PESE A ELLO PERSISTE DOLOR DE CABEZA, ESTANDO EN ESTOS MOMENTOS LA ENFERMA HOSPITALIZADA CON UN INFARTO CEREBRAL EXTENSO EN LA U.T.I. DEL HOSPITAL DE IQUIQUE. POR ESTE MOTIVO SU BEBE FALLECIO. ELLA CONTINUA EN ESTADO VEGETAL. DEBIDO A ELLO SE SOLICITA APOYAR EN LA COMPRA 1 COLCHON ANTIESCARAS. SEGUN INDICA COTIZACION EL TOTAL DE LA COMPRA ES DE \$75.000, MONTO QUE EL GRUPO FAMILIAR NO ESTA EN CONDICIONES DE SUSTENTAR, YA QUE TODO EL SUF QUE RECIBE SE VA EN GASTOS DE PAÑALES Y PARCHES. SE SOLICITA APOYAR CON ESTE BENEFICIO.

MARIA ALEJANDRA GUERRA  
Nombre y Firma Asistente Social



plema@mah.o.cl

Fecha :

15/12/2011

FOLIO N°   
 PUNTAJE:   
 FECHA PJE:

INGRESOS			JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES		OTROS INGRESOS ANUALES	
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	MONTO	MONTO	MONTO	MONTO	MONTO
1	720000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**VIVIENDA**

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

**GESTIÓN DE LA FICHA**

Codigo Encuestador(a) <input type="text" value="107"/>	Codigo Supervisor(a) <input type="text"/>	Codigo Revisor(a) <input type="text"/>
FIRMA ENCUESTADORA(A) <input type="text"/>	FIRMA SUPERVISOR(A) <input type="text"/>	FIRMA REVISOR(A) <input type="text"/>
FECHA APLICACION FICHA: Dia <input type="text" value="31"/> Mes <input type="text" value="08"/> Año <input type="text" value="2010"/>	FECHA SUPERVISION COMUNAL: Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	FECHA REVISION COMUNAL: Dia <input type="text" value="08"/> Mes <input type="text" value="09"/> Año <input type="text" value="2010"/>

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:

**LOCALIZACIÓN TERRITORIAL**

CODIGO COMUNA  ZONA  UNIDAD VECINAL   
 NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACION VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO

TIPO AGROPACION HABITACIONAL  CODIGO AGROP. HABITACIONAL  CODIGO MANZANA  CODIGO CALLE

NOMBRE DE CALLE O CAMINO

NUMERO DE DOMICILIO  BLOCK/ CASA  DEPARTAMENTO/ SITIO  CODIGO VIVIENDA

REFERENCIAS

**DECLARACIÓN 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



Alto Hospicio, 17 de Noviembre de 2011

Señor

Ramón Galleguillos Castillo

Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio

Presente



Estimado Señor:

Junto con saludarlo, Por intermedio de la presente mi nombre es Patricia Santos Rebolledo Rut: 8.780.814-9 vivo en el comité Nancy Castro sector Ex Vertedero. Le cuento le gran problema que me aqueja tengo una yerna su nombre es **Elvia Oxa Flores de 25 años**, ella estaba embarazada de 6 meses de gestación y sufrió un **(Infarto Celebrar Extenso)** en donde perdió su bebe y en este momento está hospitalizada en la UTI y en estado de coma, con una gran operación que le tuvieron que realizar en su cerebro. Estamos esperando su pronta recuperación y poder llevarla a la casa, pero como usted puede comprender no tenemos las condiciones necesarias para tenerla en su estado, es por esto que le escribo porque en el hospital me indican que debo tenerle un colchón anti escara y un picaron para los glúteos.

Esperando que esta tenga una buena respuesta de su parte.

Atentamente,

  
**Patricia Santos Rebolledo**  
77785569 - 77935054



# Liquidación de Pago

SUBSIDIO UNICO FAMILIAR	ALTO HOSPIC	AV LA PAMPA 3117 ESQ ESMERALDA
Beneficio	Unidad de Pago	Dirección Unidad de Pago

92-0000110706731-7	1	1	1	0	0	1	IQUIQUE	92-948318-7	22-Jun-2011
N° de Inscripción	GP/GF	NB	TP/TS	NR	O. LEGAL	FP	Centro de Atención IPS	N° Documento	Fecha de Pago

OXA FLORES ELVIA ROXANA	16.350.651-3	VIGENTE	0	S	0	D	21-Jul-2011
Nombre del Beneficiario	Run	Vencimiento del Beneficio	Cargas Familiares			Fecha Próximo Pago	

*****					
Nombre del Apoderado / Representante	Run	Poder Vigente Hasta			



Detalle de Haberes	Detalle de Descuentos								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">PAGO SUBSIDIO FAMILIAR</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">13.552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: right;">Total de Haberes \$</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">13.552</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	PAGO SUBSIDIO FAMILIAR	13.552	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: right;">Total de Haberes \$</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">13.552</td> </tr> </table>		Total de Haberes \$	13.552	<div style="text-align: center;"> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: right;">Total de Descuentos \$</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">0</td> </tr> </table>	Total de Descuentos \$	0
PAGO SUBSIDIO FAMILIAR	13.552								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: right;">Total de Haberes \$</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">13.552</td> </tr> </table>		Total de Haberes \$	13.552						
Total de Haberes \$	13.552								
Total de Descuentos \$	0								

0	0	0	0	0	\$ 13.552
Monto Afecto Imposiciones	Exento	Tributable	Aporte para Salud	Otros Descuentos Exentos	Total Afecto Impuesto a la Renta
					Total Líquido a Pagar

\*SUF DURA 3 AÑOS, VAYA A SU MUNICIPIO ANTES DE VENCIMIENTO\*

# Liquidación de Pago

<b>SUBSIDIO UNICO FAMILIAR</b>	ALTO HOSPIC	AV LA PAMPA 3117 ESQ ESMERALDA
Beneficio	Unidad de Pago	Dirección Unidad de Pago

92-0000110706731-7	1	1	1	0	0	1	IQUIQUE	92- 97982-1	23-May-2011
N° de Inscripción	GP/GF	NB	TP/TS	NR	O. LEGAL	FP	Centro de Atención IPS	N° Documento	Fecha de Pago

OXA FLORES ELVIA ROXANA	16.350.651-3	VIGENTE	0	S	0	D	22-Jun-2011
Nombre del Beneficiario	Run	Vencimiento del Beneficio	Cargas Familiares			Fecha Próximo Pago	

*****			
Nombre del Apoderado / Representante	Run	Poder Vigente Hasta	



Detalle de Haberes	Detalle de Descuentos										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">PAGO SUBSIDIO FAMILIAR</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">13.552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: right;">Total de Haberes \$</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">13.552</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	PAGO SUBSIDIO FAMILIAR	13.552	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: right;">Total de Haberes \$</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">13.552</td> </tr> </table>		Total de Haberes \$	13.552	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: right;">Total de Descuentos \$</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">0</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: right;">Total de Descuentos \$</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">0</td> </tr> </table>		Total de Descuentos \$	0
PAGO SUBSIDIO FAMILIAR	13.552										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: right;">Total de Haberes \$</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">13.552</td> </tr> </table>		Total de Haberes \$	13.552								
Total de Haberes \$	13.552										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: right;">Total de Descuentos \$</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">0</td> </tr> </table>		Total de Descuentos \$	0								
Total de Descuentos \$	0										



0	0	0	0	0
Monto Afecto Imposiciones	Exento	Tributable	Aporte para Salud	Otros Descuentos Exentos
				Total Afecto Impuesto a la Renta

\$	13.552
Total Líquido a Pagar	

DESDE MAYO CAMBIARA SU LUGAR DE PAGO  
 \*SUF DURA 3 AÑOS, VAYA A SU MUNICIPIO ANTES DE VENCIMIENTO\*



Servicio Salud Iquique.  
Hospital Dr. E. Torres G.

Certificado que la presente fotografía es  
fotografía del documento que se indica  
en la lista y que devolvió el interesado.  
El Notario Iquique  
Con Asiento en Vito Hospicio



**NOMBRE DEL SERVICIO**  
**UNIDAD DE PACIENTE CRITICO**  
**ADULTO**

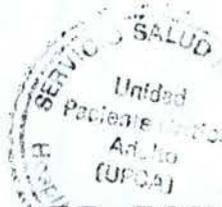
### CERTIFICADO

Certifica que la señora **Elvia Roxana Oxa Flores**, ficha clínica nro. **87233** cédula de identidad **16.350.651-3**, se encuentra hospitalizada desde el **20 de Octubre del 2011** hasta la fecha en el **Hospital Regional de Iquique**. Actualmente en el **CR Unidad de Paciente Crítico Adulto**.

Diagnóstico:

**- INFARTO CEREBRAL EXTENSO.**

Se extiende el presente certificado a solicitud de esposo, para ser presentado en Gobernación.



**DR. RONALD JOHNSON QUERO**  
**MEDICO RESIDENTE CR U.P.C.A.**  
**HOSPITAL REGIONAL DE IQUIQUE**

IQUIQUE, Noviembre 14 del 2011

Distribución:  
- Archivo.



# CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

20/12/2011

11:48:02

N.I.S.	<b>0003022</b>	R.U.N.	<b>8780814-9</b>		
NOMBRE BENEFICIARIO:	<b>SANTOS</b>	<b>REBOLLEDO</b>	<b>PATRICIA</b>		
CALLE	<b>LAS TOMAS</b>		<b>13</b>		
NRO. F.P.S.	<b>5075536</b>	PUNTOS	<b>6794</b>		
INGRESOS	<b>115.000</b>	PERCAPITA	<b>23.000</b>	INTEGRANTES	<b>5</b>
Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social	
3568	05/06/2009	SOLICITA MERCADERIA (P. LEMA)	7.815	MARIA ALEJANDRA GUERRA ALFAR	
8892	23/11/2011	SOLICITA REMEDIOS MARIA ALEJANDRA	22.494	MARIA ALEJANDRA GUERRA ALFAR	
8927	25/11/2011	SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Mª ALEJANDRA GL	23.600	MARIA ALEJANDRA GUERRA ALFAR	
<b>TOTAL BENEFICIOS \$</b>			<b>53.909</b>		

1837816

NOMBRE: Elie de Flores  
EDAD: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ N° FICHA: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: Neurología

Rp.

- 1 colchón ortoscero
- 1 picaón pequeño
- 1 picaón grande

02/12/2011  
FECHA

[Signature]  
NOMBRE, RUT, FIRMA DEL MEDICO

RESUPUESTO N°

IQUIQUE 6 de Diciembre de 2011

atención profesional y confección de  
1 plaza

Valor \$ 75.000

Valor \$ 7.000

Valor \$ 7.000

TOTAL \$ 89.000

Validez de este preste: 60 días

ALFMO. IBARRA GUERRA  
OTESISTA

MEDICO NACIONAL  
Fono Fax: 429180  
ue@hotmail.com  
IQUIQUE

ptado



FOLIO N°   
 PUNTAJE:   
 FECHA PJE:

INGRESOS		JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES	OTROS INGRESOS ANUALES
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	Monto	Monto
1	720000		
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto

**VIVIENDA**

4 Tenencia del sitio       3 FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA       1 Numero de habitaciones que usan como dormitorios excluyendo baño y cocina

3 Tenencia de la vivienda       0 DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA       0 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS       0 Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios

0 Familia Principal de la vivienda       9 USO DE BAÑO

**GESTIÓN DE LA FICHA**

Codigo Encuestador(a) <input type="text" value="107"/>	Codigo Supervisor(a) <input type="text"/>	Codigo Revisor(a) <input type="text"/>
<b>FECHA APLICACION FICHA:</b> Dia <input type="text" value="28"/> Mes <input type="text" value="11"/> Año <input type="text" value="2007"/>	<b>FECHA SUPERVISION COMUNAL:</b> Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	<b>FECHA REVISION COMUNAL:</b> Dia <input type="text" value="07"/> Mes <input type="text" value="10"/> Año <input type="text" value="2009"/>
FIRMA ENCUESTADORA)	FIRMA SUPERVISOR(A)	FIRMA REVISOR(A)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:

**LOCALIZACIÓN TERRITORIAL**

CODIGO COMUNA  ZONA  UNIDAD VECINAL

NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACIÓN 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

**DECLARACIÓN 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

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO



**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
18 NOV 2011  
----- HRS.  
**DIDECO**

OFICINA DE PARTES

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

*Maria Alejandra*  
*evaluar rápidamente*  
*para caso de*  
*trabajo de*  
*terceros antes del*  
*juicio.*

PROVIDENCIA N° 004383

2011

FECHA: 17 NOV 2011

DERIVADO A:

- ALCALDIA

- ADM. MUNICIPAL

- SECRET. MUNICIPAL

- DIRECC. JURIDICO

- SECOPLAC

- DIREC. DE CONTROL

- DAF

- RENTAS

- INSPECTORES

- DOM

- DIDECO

- DAO

- DEPORTES - CULTURA

- DIRECC. DE TRANSITO

- DIREC. SERV. TRASPASADOS

- EDUCACION

- SALUD

- R.R.P.P.

- OF. TERRITORIAL

- OF. EMERGENCIA

*Solicitador*  
*de autorizaciones*  
*de transporte*  
*de vehículos que*  
*se ingresan al*  
*gobierno.*

*Comula*  
*en esto*

OBSERVACIONES:

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

17 NOV 2011

13 : 35 HRS.

ALCALDIA



Alto Hospicio, 17 de Noviembre de 2011

Señor  
Ramón Galleguillos Castillo  
Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio  
Presente



Estimado Señor:

Junto con saludarlo, Por intermedio de la presente mi nombre es Patricia Santos Rebolledo Rut: 8.780.814-9 vivo en el comité Nancy Castro sector Ex Vertedero. Le cuento le gran problema que me aqueja tengo una yerna su nombre es Elvia Oxa Flores de 25 años, ella estaba embarazada de 6 meses de gestación y sufrió un **(Infarto Celebrar Extenso)** en donde perdió su bebe y en este momento está hospitalizada en la UTI y en estado de coma, con una gran operación que le tuvieron que realizar en su cerebro. Estamos esperando su pronta recuperación y poder llevarla a la casa, pero como usted puede comprender no tenemos las condiciones necesarias para tenerla en su estado, es por esto que le escribo porque en el hospital me indican que debo tenerle un colchón anti escara y un picaron para los glúteos.

Esperando que esta tenga una buena respuesta de su parte.

Atentamente,

  
**Patricia Santos Rebolledo**  
77785569 - 77935054



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal

Alto Hospicio, 26 de Diciembre de 2011.

**MEMORANDUM N° 2511 / 2011**

A : Sr. Paulo Gómez Barrera  
Alcalde(S) 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 del Sr. José Armando Ovalle Pizarro, Rut.7.829.051-K, quien solicita apoyo al Concejo Municipal por un monto de \$ 150.000, para cubrir insumos médicos de curaciones, ya que padece de ulcera varicosa.

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

Lo anterior para su conocimiento y resolución.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



Camila Arce Fajardo  
Directora  
Dirección Desarrollo Comunitario

**Distribución:**

379 } Archivo Alcaldía ✓  
- Archivo Dideco.

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

**Dirección de Desarrollo Comunal- Municipalidad de Alto Hospicio**

Los Álamos 3056- Fono: 583101- Fono Fax : 583102 [www.maho.cl](http://www.maho.cl)

Comuna de Alto Hospicio- Región de Tarapacá

27 DIC 2011

15:10

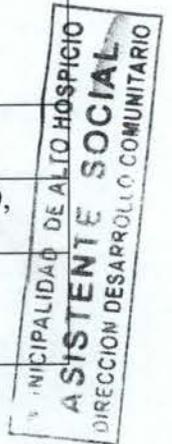
HRS.

**ALCALDIA**



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

<b>Resumen Caso Social Consejo Municipal</b>	
Nombre del / la solicitante	JOSE ARMANDO OVALLE PIZARRO
Actividad	ENFERMO
Edad	55 AÑOS
Ingresos	78.449 PENSIONADA
Puntaje F.P.S	9.061
Situación Actual	DON JOSE, 55 AÑOS, SOLTERO, CON CONVIVENCIA CON LA SRA BLANCA ALREDEDOR DE 23 AÑOS, NO TIENEN HIJOS EN COMUN, DEPENDIENDO EL GRUPO FAMILIAR ACTUALMENTE SOLO DE LA PENSION DE ALIMENTOS DE LA SRA BLANCA Y LOS INGRESOS ESPORADICOS QUE GENERA POR SUS TRABAJOS DE PELUQUERIA, PRODUCTO QUE DON JOSE NO PUEDE TRABAJAR A CAUSA QUE CON FECHA 3 DE DICIEMBRE FUE OPERADO DE UNA ULCERA VARICOSA DESPUES DE ESTAR EN LISTA DE ESPERA DURANTE 4 AÑOS, ENCONTRANDOSE EN PROCESO DE CURACIONES, POR LO QUE SOLICITA AYUDA ECONOMICA PARA CUBRIR LOS INSUMOS Y ADEMAS CUBRIR GASTOS DE TRASLADO HACIA EL HOSPITAL DE IQUIQUE DONDE TAMBIEN TENDRA QUE ACUDIR EN ALGUNAS OCASIONES . CABE DESTACAR QUE DON JOSE ERA QUIEN GENERABA EL MAYOR INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR POR SU TRABAJO COMO PESCADOR ARTESANAL LABORES QUE HACE ALGUN TIEMPO NO HA PODIDO DESEMPEÑAR, ENCONTRANDOSE EL GRUPO FAMILIAR EN UNA DIFICIL SITUACION ECONOMICA
Documentación Adjunta	CARTA DEL SOLICITANTE INFORME MEDICO COMPROBANTE DE RECLAMO INFORMA SOCIAL FOTOCOPIA CARNET
Solicitud	SOLICITA SUBVENCION POR \$ 150.000 PARA CUBRIR INSUMOS MEDICOS DE CURACIONES
Forma de pago y N° de cuenta	CHEQUE ANOMBRE DE JOSE OVALLE PIZARRO, RUT 7.829.051-K
Nombre y Firma de la Asistente Social	PAOLA LEMA ANTEZANA





# INFORME SOCIAL

**Nro.:** 0005878

**Antecedentes del solicitante**

Nombre Completo	<b>OVALLE</b>	<b>PIZARRO</b>	<b>JOSE ARMANDO</b>	Nacionalidad	Chile
R.U.N.	7829051-K		Estado civil	Conviviente	Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento	02/08/1957		Previsión	Fonasa A	
Escolaridad	Humanidades - sistema antiguo		Profesión u oficio	ENFERMO	
Domicilio	PASAJE SINAI, ESTRELLA II		Nro.	2201	BORO
Programa puente	NO		Ficha Prof. Social	4862338	
				Fono (recado)	70074
				Puntaje :	9061

**Condiciones de saneamiento y confort**

Agua potable

Energía eléctrica

Alcantarillado

**Antecedente habitacional** 1. Propietario

**Antecedentes del grupo familiar**

Nro. de integrantes : 2

Ingreso per - Capita :

39.224

Total de ingresos \$

78.449

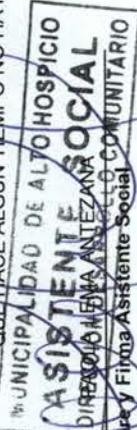
Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
BLANCA OJEDA GUERRA	6162533-K	jefe/a de familia	02/10/1950	Humanidades - sistema	PENSIONADA	78.449	Fonasa A
JOSE OVALLE PIZARRO	7829051-K	Cónyuge o pareja	02/08/1957	Educación básica	ENFERMO SIN PC		Indigente

**Asunto**

SOLICITA SUBVENCIÓN POR 150.000 PARA CUBRIR INSUMOS MEDICOS DE CURACIONES

**Situación Social**

DON JOSE, 55 AÑOS, SOLTERO, CON CONVIVENCIA CON LA SRA BLANCA ALREDEDOR DE 23 AÑOS, NO TIENEN HIJOS EN COMUN, DEPENDIENDO EL GRUPO FAMILIAR ACTUALMENTE SOLO DE LA PENSION DE ALIMENTOS DE LA SRA BLANCA Y LOS INGRESOS ESPORADICOS QUE GENERA POR SUS TRABAJOS DE PELUQUERIA, PRODUCTO QUE DON JOSE NO PUEDE TRABAJAR A CAUSA QUE CON FECHA 3 DE DICIEMBRE FUE OPERADO DE UNA ULCERA VARICOSA DESPUES DE ESTAR EN LISTA DE ESPERA DURANTE 4 AÑOS, ENCONTRANDOSE EN PROCESO DE CURACIONES, POR LO QUE SOLICITA AYUDA ECONOMICA PARA CUBRIR LOS INSUMOS Y ADEMAS CUBRIR GASTOS DE TRASLADO HACIA EL HOSPITAL DE IQUIQUE DONDE TAMBIEN TENDRA QUE ACUDIR EN ALGUNAS OCASIONES. CABE DESTACAR QUE DON JOSE ERA QUIEN GENERABA EL MAYOR INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR POR SU TRABAJO COMO PESCADOR ARTESANAL LABORES QUE HACE ALGUN TIEMPO NO HA PODIDO DESEMPEÑAR, ENCONTRANDOSE EL GRUPO FAMILIAR EN UNA DIFICIL SITUACION ECONOMICA







Ministerio de Salud  
Servicio Salud Iquique.  
Hospital Dr. E. Torres G.



SERVICIO DE CIRUGIA  
HOSPITAL REGIONAL

## INFORME MEDICO

PACIENTE: JOSE OVALLE PIZARRO  
FICHA :133024

Paciente portador de ulcera varicosa mas o menos 9 años Eco Doppler detecto insuficiencia venosa de safena interna derecha con sistema venosa profunda normal.

Se planifica operación de Linton- Coquett ( safenectomia interna derecha mas ligadura de comunicantes e injerto Dermoepidermico de ulcera)

Actualmente con exámenes completos en espera de ser llamado a pabellón.

  
DR. MANUEL MOYÁ DELGADO  
JEFE SERVICIO CIRUGIA

---

{Servicio de Cirugía}  
{moyalos@hospiraiquique.cl}  
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames - Héroes de la Concepción Nº 502  
Red Minsal 579 697

# Anestesiastas promedian 21 operaciones diarias en marco de falta de especialistas

SGL

Un promedio de 21 operaciones diarias, más las de urgencia y maternidad está llevando a cabo el equipo de anestesiastas del Hospital Ernesto Torres Galdames, en el marco de falta de especialistas, así como la ausencia de dos galenos que se hallan legalmente de vacaciones, completando un grupo efectivo de tres médicos.

El anestesiasta, Arturo Del Pino, informó que son siete las pabellones en los que deben desempeñarse para cumplir con las tablas de operaciones programadas y con las urgencias que se registran a diario.

“Siempre se privilegian las urgencias”, aclaró el especialista, quien agregó que también son requeridos desde el pabellón de maternidad y de las unidades de pacientes críticos de adultos y pediátricos. En ocasiones, añadió, también deben cumplir con doble turno para no descuidar los requerimientos de los pacientes que llegan al principal centro hospitalario de la región, situación que esperan se subsane con la llegada de nuevos médicos a la ciudad.

La jefa de pabellón del hospital, Lía Muñoz, informó que en promedio son 21 las operaciones en



El equipo de anestesiastas del hospital valoró el esfuerzo de las autoridades por traer nuevos especialistas al sector público de la ciudad.

tabla programada que se realizan a diario. “A esto se debe sumar la tabla de maternidad y las urgencias, que no pueden esperar, y que se generan en el transcurso del día”, señaló, agregando que de los cinco anestesiastas, dos se encuentran en su período legal de vacaciones, por lo que se realiza un esfuerzo extra para no descuidar los diferentes turnos.

“Nosotros también nos hemos encargado de promocionar la llegada de más anestesiastas al hospital. Hasta el momento no hemos obtenido resultados positivos, pero seguimos intentándolo”, prosiguió Del Pino.

El profesional confía en la llegada de los anestesiastas que se

requieren. Esto, luego de que se alcanzaran mejoras salariales y laborales para los anestesiólogos de la Región de Tarapacá. “Esto fue gracias a un trabajo que realizamos los anestesiastas locales, que tuvo sus frutos con la nueva autoridad de salud este año. Se nivelaron los salarios con los del resto de los servicios de salud del país”, precisó.

El anestesiasta Alvaro Pereira, que también se desempeña en el hospital regional, valoró el esfuerzo que realizan las autoridades locales del sector para cumplir con las solicitudes de los especialistas, y de esta forma generar la instancia para que se integren nuevos médicos al recinto asistencial.



Blanca Ojeda Guerra quiere que operen a su pareja pronto. “No soporta el dolor de vivir así”

## Pescador lleva tres años esperando por operación de úlcera en Hospital

Un verdadero suplicio físico y emocional esta viviendo José Ovalle Pizarro de 54 años, de Orrego-Pesca, quien lleva esperando tres años para una operación de úlcera y varicosa en la pierna derecha, porque el tiempo sigue pasando, las consecuencias creciéndole y los gastos también.

Cansado de este trato indigno, Ovalle se levantó a trabajar todos los días a las 6 de la mañana, y 60 años, relató que “todos los días debe hacerse las curaciones en su

pierna por más de una hora. “Cuando me levanto la pierna hinchada y el dolor solo se reduce con calmantes. Gastamos en utensilios para sus heridas una cifra cercana a los 100 mil pesos. Nosotros de clase media y tuve endeudamiento para con prestamistas y bancos, para poder cubrir sus necesidades, porque es pescador independiente y no le cubre ninguno de los sistemas de la red de salud”.

Además dijo que “no puede ser que tengamos que esperar tanto y oírlo la falta de profesionales para tratar esto, porque las listas de espera no van disminuyendo y la gente sigue siendo atacada por las demoras”.

Sobre la respuesta que le han dado en el Hospital, Dr. Ernesto Torres Galdames, dijo que “el médico tratante, del cual no puedo revelar el nombre, confirmó que en marzo había novedades, pero ojalá sea verdad, ya que yo puedo esperar todo el tiempo del mundo pero mi pareja no, porque esto se sigue complicando”.

## Municipalidad desinfectó Zona fecal de patos yecos

Maipo Vercara V.

Excelente labor cumplió una vez más el Departamento de Aseo y Ornato Municipalidad de Maipo, al utilizar la varminucosol, líquido que al usarlo lavar minucosamente el perimetro de la palmarera que

daminas aves que están destruyendo los parques y jardines de la ciudad. “Bien, por la Municipalidad”, dijo Evaristo Caucoto, taxista que diariamente pasa por el rumbo a la Zofri. “Ojalá que este operativo continúe en todas las plazas y lugares públicos para descontaminar el ambiente”, recaló.

En tanto, Clotilde Fernández, misión vitina en sector de...

NOMBRE **JOSE OVALLE PIZARRO**  
EDAD  
FECHA 09.03.2009  
PROCEDENCIA POLI CIRUGIA  
DR.PDS/mts.

**ECOTOMOGRAFIA DOPPLER COLOR VENOSO DE LA E.I.D.**

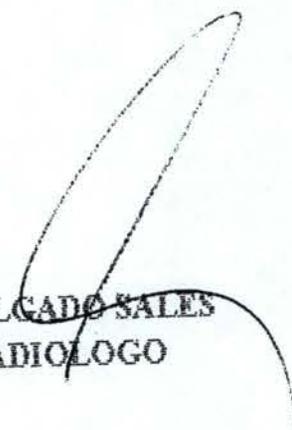
La vena safena interna está dilatada e insuficiente en su cayado, lo que se asocia a venas varicosas que se distribuyen en la pierna con trastorno atrófico de la piel a este nivel.

Venas femorales poplíteas y de la pierna permeables sin signos de insuficiencia.

No hay signos de una flebotrombosis.

**C.E.**

- INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA, DEPENDIENTE DE LA SAFENA INTERNA CON COMPROMISO DEL CAYADO, LO QUE SE ASOCIA A TRASTORNO ATROFICO DE LA PIEL Y UNA ULCERA VARICOSA EN LA PIERNA.

  
DR. PABLO DELCADO SALES  
MEDICO RADIOLOGO

**SERGIO JOSE YABER SIMON**

NOTARIO PUBLICO

Serrano 191 - Fono's 412870 - 412958

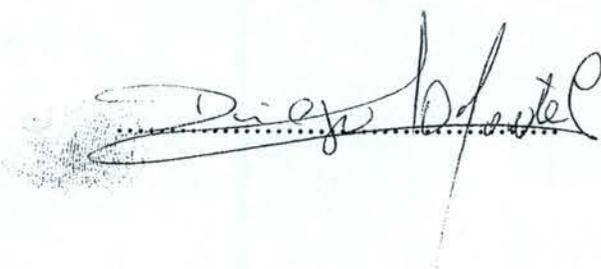
IQUIQUE

## DECLARACION JURADA ESTADO CIVIL

---

Los suscritos Don(a) **DIEGO AMERICO OJEDA GUERRA**, Cédula de Identidad Nro. 7.179.615-9, con domicilio en Pasaje Diecisiete N° 2201, Población Estrella del Norte, El Boro, Alto Hospicio, de paso en ésta ciudad, y don(a) **BLANCA IRENE OJEDA GUERRA**, Cédula de Identidad Nro. 6.162.533-K, con domicilio en Pasaje Diecisiete N° 2201, Población Estrella del Norte, Alto Hospicio, de paso en ésta ciudad, ambos mayores de edad, quienes acreditan su Identidad con las cédulas citadas, declaran bajo Juramento conocer a don(a) **JOSE ARMANDO OVALLE PIZARRO**, Cédula de Identidad Nro. 7.829.051-K, y nos consta que su estado civil es **soltero**. Formulamos la presente declaración ser presentada donde corresponda y para los efectos legales a que haya lugar.- El presente documento se confeccionó a expresa petición de las partes y bajo su exclusiva responsabilidad.

En comprobante y previa lectura firman:





HOSPITAL DE IQUIQUE, DR ERNESTO TORRES GALDAMES

20/01/2011 11:38:54

## COMPROBANTE DE RECLAMO

Su reclamo fue registrado de manera exitosa en el Sistema Trámite en Línea del HOSPITAL DE IQUIQUE, DR ERNESTO TORRES GALDAMES, y se ha generado este comprobante de registro de su trámite

Trámite 71440

### SOLICITANTE

Nombre BLANCA IRENE OJEDA GUERRA  
 Rut 8162533-K  
 Teléfono 9-81421518  
 Email blanca14\_@hotmail.com  
 Dirección PJE SINAI 2201 EL BORO, ALTO HOSPICIO, REGION DE TARAPACA

### AFFECTADO

Nombre JOSE ARMANDO OVALLE PIZARRO  
 Rut 7829051-K  
 Teléfono 9-81421518  
 Email blanca14\_@hotmail.com  
 Dirección PJE SINAI 2201, ALTO HOSPICIO

### DETALLE

Ámbito ADMINISTRATIVO  
 Tema TIEMPO DE ESPERA

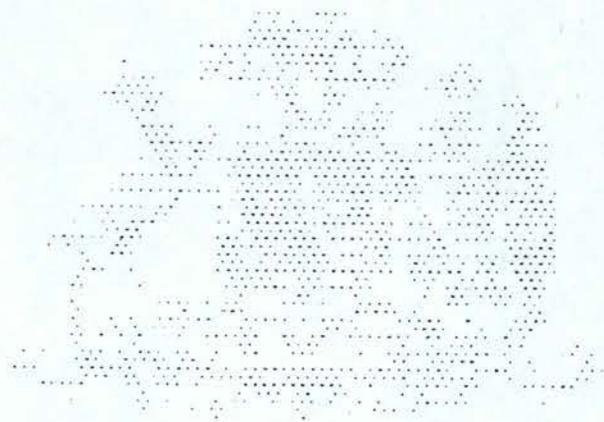
### Descripción:

PACIENTE RECLAMA PORQUE LLEVA 3 AÑOS EN LISTA DE ESPERA POR OPERACION DE ULCERA VARICOSA DE LA PIERNA DERECHA. MI MARIDO ES PESCADOR ARTESANAL LO QUE ESTO SIGNIFICA QUE TODOS LOS DIAS TIENE QUE LEVANTARSE MUY TEMPRANO PARA PODER REALIZARCE LAS CURACIONES QUE REQUIERE A DIARIO Y DE ESTA MANERA PODER COMENZAR SU DIA LABORAL.  
 SOMOS PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS LO CUAL ESTAMOS TRATANDO DE SOLICITAR AYUDA DE LA INTENDENCIA Y DE LA MUNICIPALIDAD DE HOSPICIO.

Para conocer el estado de su trámite ingrese en nuestro sitio Trámite en Línea, al link Conozca el estado de su Trámite, o ingrese al número de trámite 71440 y folio 7XPS8dny

MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE CHILE

NECESITAMOS PRONTA RESPUESTA A NUESTRA NECESIDAD YA QUE NUESTROS  
INGRESOS SE ESTAN VIENDO AFECTADOS YA QUE MI ESPOSO ES EL QUE SOSTIENE  
NUESTRO HOGAR.



G O B I E R N O D E

CHILE

M I N I S T E R I O D E S A L U D

Para conocer el estado de su trámite ingrese en nuestro sitio Trámite en Línea, al link Conozca el estado de su Trámite, o ingrese al número de trámite 71440 y folio 7XPSRdny

MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE CHILE

345302 L. Lione

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO SALUD IGUQUE  
HOSPITAL DR. "E. FORRES"  
CONSULTORIO DE ESPECIALIDAD  
POLICLINICO DE CIRUGIA  
DR JBR / EUMVD

INGRESO A PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

FICHA CLÍNICA N° 193024  
FECHA INGRESO: \_\_\_\_\_  
PREVISIÓN: \_\_\_\_\_

- 1. HOSPITALIZADO X
- 2. AMBULATORIO \_\_\_\_\_

I. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: DR OVALLE PITANZA

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

FONO: \_\_\_\_\_ FONO CELULAR: \_\_\_\_\_ FONO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_

II. PATOLOGÍA

CÓDIGO

N°1 Ulcera varicosa simple

N°2 \_\_\_\_\_

CIRUGÍA PROGRAMADA

CÓDIGO

N°1 \_\_\_\_\_

N°2 \_\_\_\_\_

PRIORIDAD

Prioritario \_\_\_\_\_ Diferido \_\_\_\_\_

DURACIÓN DE CIRUGÍA

1 Hora \_\_\_\_\_ 2 Horas \_\_\_\_\_ 3 Horas \_\_\_\_\_

NOMBRE CIRUJANO: Plan: @ Hospital

III. AREA ADMINISTRATIVA:

① para reportar  
② tratamiento intermedio

FOLIO N° 4862338  
 PUNTAJE: 9061  
 FECHA PJE: 03/12/2011



INGRESOS			
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES	OTROS INGRESOS ANUALES
1	Monto 720000	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto

**VIVIENDA**

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

**GESTIÓN DE LA FICHA**

Código Encuestador(a) 112	Código Supervisor(a)	Código Revisor(a)
---------------------------	----------------------	-------------------

FIRMA ENCUESTADOR(A) \_\_\_\_\_  
 FIRMA SUPERVISOR(A) \_\_\_\_\_  
 FIRMA REVISOR(A) \_\_\_\_\_

FECHA APLICACION FICHA: Día 10 Mes 05 Año 2010  
 FECHA SUPERVISION COMUNAL: Día Mes Año  
 FECHA REVISION COMUNAL: Día 13 Mes 09 Año 2010

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION: \_\_\_\_\_

**LOCALIZACIÓN TERRITORIAL**

CODIGO COMUNA 01107 ZONA 1 UNIDAD VECINAL 07  
 NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACION VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO ESTRELLA DEL NORTE 1

TIPO AGROPACION PB CODIGO AGROP. 29 CODIGO MANZANA 1 CODIGO CALLE 210  
 HABITACIONAL HABITACIONAL  
 NOMBRE DE CALLE O CAMINO PASAJE SINAI ESTRELLA DEL NORTE II  
 NUMERO DE DOMICILIO 2201 BLOCK/ CASA DEPARTAMENTO CODIGO VIVIENDA 11  
 DEPARTAMENTO SITIO

**REFERENCIAS**

01 ENCUESTADO EN IQO/ N.2 TIENE 70% DISCAPACIDAD

**DECLARACIÓN INFORMANTE CALIFICADO**

Declaro que los datos proporcionados son fidedignos, asumo la responsabilidad por ellos, y autorizo a MIDEP/ LAN 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 2





# Liquidación de Pago

SISTEMA SOLIDARIO					IQUIQUE			RAMMREZ N 646 - B		
Beneficio					Unidad de Pago			Dirección Unidad de Pago		

41-0000101202803-9	1	01	1	0	000	1	IQUIQUE	41-9192602-4	21-Oct-2011
N° de Inscripción	GP/GF	NB	TP/TS	NR	O. LEGAL	FP	Centro de Atención IPS	N° Documento	Fecha de Pago

OJEDA GUERRA BLANCA IRENE				6.162.533-K	31-Oct-2015	0	S	0	D	22-Nov-2011
Nombre del Beneficiario				Run	Vencimiento del Beneficio	Cargas Familiares			Fecha Próximo Pago	

*****		
Nombre del Apoderado / Representante	Run	Poder Vigente Hasta



Detalle de Haberes		Detalle de Descuentos	
PENSION PBS INVALIDEZ	78.449	APORTE CCAF LOS HEROES	784
		CREDITO CCAF LOS HEROES	14.978
Total de Haberes \$		78.449	Total de Descuentos \$
			15.762



0	0	0	0	0	\$	62.687
Monto Afecto Imposiciones	Exento	Tributable	Otros Descuentos Exentos	Total Afecto Impuesto a la Renta	Total Liquidado a Pagar	
	Aporte para Salud					

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

20 de abril  
1º 3º turno  
Para ver urgente  
15.12.20 con lista  
10.12.



OFICINA DE PARTES

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

PROVIDENCIA N° 004797 2011

FECHA: 13 DIC 2011

DERIVADO A:

- ALCALDIA
- ADM. MUNICIPAL
- SECRET. MUNICIPAL
- DIRECC. JURIDICO
- SECOPLAC
- DIREC. DE CONTROL
- DAF
- RENTAS
- INSPECTORES
- DOM

- DIDECO
- DAO
- DEPORTES – CULTURA
- DIRECC. DE TRANSITO
- DIREC. SERV. TRASPASADOS
- EDUCACION
- SALUD
- R.R.P.P.
- OF. TERRITORIAL
- OF. EMERGENCIA

OBSERVACIONES:



*[Handwritten signature]*

RECIBIDO MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

13 DIC 2011

14:07 HRS.

ALCALDIA

Señor  
**Ramón Galleguillos Castillo**  
Alcalde Municipalidad Alto Hospicio  
Presente.



De mi consideración:

Con todo respeto lo saludo y me dirijo a Usted por el motivo siguiente:

Me llamo **José Ovalle Pizarro**, Run 7.829.051-K, soltero, domiciliado en Pasaje Sinái N° 2201 El Boro, Alto Hospicio.

Bueno señor Alcalde le explico mi situación.

Resulta que hace cuatro años que estuve esperando en el Hospital de Iquique, la operación de mi **Úlcera Varicosa**, la cual al fin se dio gracias a Dios el día 03 de Diciembre de este año.

Lo que yo solicito es si me puede ayudar en una subvención para la locomoción para asistir al hospital para las curaciones correspondientes y en la alimentación, ya que, como tengo que estar un mes en reposo no voy a poder trabajar, porque soy pescador artesanal y me impide desplazarme fácilmente hacia mi trabajo, por que estoy recién operado.

La subvención que estoy solicitando es de \$ 150.000.-

Mi pareja trabaja en la misma casa en un pequeño taller de peluquería, pero el sector no es muy bueno y la que se hace diario es de \$ 2.000.-, como comprenderá no los alcanza para nada, y esta situación me lleva a recurrir a UD., ya que, con lo único que cuento en estos momentos es con el apoyo de mi pareja y de algún familiar, yo ni siquiera puedo trabajar, para ayudar un poco.

Esperando una respuesta favorable y agradeciendo de antemano me despido de Usted con todo respeto.

  
**Jose Ovalle Pizarro**  
**Run 7.829.051-K**

Teléfono de contacto: 470074  
c.c. interesada

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

13 DIC 2011

14:07 HRS.  
**ALCALDIA**