

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

Alto Hospicio, 17 de Junio 2013.-  
**DECRETO ALC. N° 1.318/13-**


**VISTOS Y CONSIDERANDO:** La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Acuerdo N° 83/2013 tomado en la 17ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de 11 de Junio del 2013, que aprueba por la unanimidad de sus miembros presentes, ayuda social a doña Carolina Ivette Rojas Aravena, por la suma de \$1.300.000.-, para costear la intervención de su hijo Matías Ariel Ortega Rojas, quien padece de Sindactilia Primer Lugar; Memorando N° 1145/13 de fecha 04 de Junio del 2013, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que remite los antecedentes necesarios e 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 **CAROLINA IVETTE ROJAS ARAVENA**, RUT 16.224.686-0, por la suma de \$1.300.000.- (un millón trescientos mil pesos) para costear la intervención de su hijo Matías Ariel Ortega Rojas. Gírese cheque a nombre de la Directora de Desarrollo Comunitario Subrogante, doña **PAOLA LEMA ANTEZANA**, 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° **114.03.04**, 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. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-

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

HVF/mgm  
Distribución:  
Adm. y Finanzas  
Dideco  
Dir. Control  
Sec. Municipal



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal



Manta  
A/6113

1318

Alto Hospicio, 12 de Junio de 2013.

**MEMORANDUM N° 1145 /2013.**

A : Director Dirección Jurídica / Sr. Hugo Vilches Fuentes.

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

Junto con saludarle y en relación a los casos sociales aprobados con fecha 11 de Junio de 2013, se solicita a Usted lo siguiente:

Caso de la Sra. **Carolina Ivette Rojas Aravena**, Rut: 16.224.686-0, por \$ 1.300.000, gestionar Decreto Alcaldicio y emitir cheque a nombre de la Sra. Paola Lema Antezana, Directora(S) de Dideco.

Este gasto debe ser imputado a la Cuenta Municipal N° 114.03.04.-

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, 04 de Junio de 2013.

**MEMORANDUM N°1068 / 2013**

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

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

---

Junto con saludarle cordialmente, solicito a usted su Visto Bueno para presentar el Caso Social de la Señora **Carolina Ivette Rojas Aravena, Rut.: 16.224.686-0** quien solicita apoyo al Concejo Municipal para una subvención económica de \$ **1.300.000.**, para cancelar la intervención de su hijo Matías Ariel Ortega Rojas, de 04 años de edad, quien padece de Sindactilia Primer Pulgar.

Lo anterior para su conocimiento y resolución.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

  
Camila Arce Fajardo  
Directora  
Dirección Desarrollo Comunitario

*1230*  
*[Handwritten signature]*

**Distribución:**

- Archivo Alcaldía. ✓
- Archivo Dideco.

Alto Hospicio, 27 de Mayo del 2013.

Señor  
Ramón Galleguillos Castillo  
Alcalde  
Municipalidad de Alto Hospicio  
Presente.



Estimado Alcalde:

Mi nombre es Carolina Rojas Aravena, Cédula de Identidad N° 16.224.686-0, domiciliada en Los Almendros N°2921, tengo dos hijos Matías Ariel y Dominique Carolina Ortega Rojas de 4 y 2 años respectivamente, mi pareja Freddy Ortega Orellana se encuentra cesante, vivo de allegada en la casa que arrienda mi suegra, además mi pareja tiene una hija mayor en la ciudad de Arica a la cual debe enviarle su pensión alimenticia, recibo el SUF, y tengo mi Ficha Social.

Mi hijo Matías nació con una pequeña deformidad en su manito derecha tiene dos pulgares, lamentablemente esto está perjudicándolo porque le duele muchísimo para pintar o escribir, no puede usar tijeras, porque su dedito no entra en el agujero. Estaba en lista de espera desde el año 2010 en el Hospital Regional, pero allá perdieron todos los registros y tuve que hacer todos los exámenes y documentos de nuevo para lo cual ahora volvió a quedar en lista de espera, pero recién están llamando a los pacientes del 2011, por lo cual debe seguir esperando.

Haciendo un esfuerzo enorme, su abuela paterna lo llevo a consulta particular al doctor Italo Trisotti, él nos indico que esto no puede esperar más, por cuanto a mi hijo se le esta deformando aun más su dedito, y después será aún más hacerlo. Además, esta en el colegio y a esta edad los niños pueden hacerle bulling que sería difícil para el poder superarlo.

La única manera de poder operarlo en forma rápida me cuesta alrededor de \$1.300.000.-, recursos que lamentablemente no poseo, por eso es que solicito respetuosamente a Usted su apoyo en esta situación que me aqueja.

Todos como papás necesitamos que nuestros hijos tengan un buen comienzo en su escolaridad y yo deseo eso para mi hijo, que solo será normal cuando él pueda operarse.

Sin más que pedirle solo haciendo un llamado a su buena disposición y buen corazón, una madre agradecida, Dios lo Bendiga.

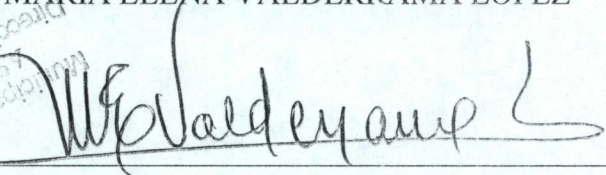
Envió junto a la presente fotocopias de todos los antecedentes médicos, los originales los tengo en mi poder, si los requiere se los llevaré.

CAROLINA ROJAS ARAVENA  
16.224.686-0  
496388-79108994



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

<b>Resumen Caso Social Concejo Municipal</b>	
Nombre del / la solicitante	CAROLINA IVETTE ROJAS ARAVENA
Actividad	COMERCIANTE AMBULANTE Y SU PAREJA SOLDADOR AMBOS LA BORAN EVENTUALMENTE
Edad	28 AÑOS
Ingresos	\$340.000 INGRESO INESTABLE
Puntaje F.P.S	2250
Grupo Familiar	02 ADULTOS 02 MENORES
Fecha de la Visita	29 DE MAYO 2013
Documentación Adjunta	FOTOCOPIA DEL CARNE DE IDENTIDAD DE LA SOLICITANTE FOTOCOPIA CARNE DE IDENTIDAD DEL MENOR A OPERARSE FOTOCOPIA PLAN FAMILIAR CERIFICADO FICHA PROTECCION SOCIAL CERTIFICADOS MEDICOS DE RADIOGRAFIAS INGRESO DE SOLICITUD INTERCONSULTA QUE ACREDITA LISTA DE ESPERA 2010 2013 PRESUPUESTOS FOTOCOPIA RECIBO DE AGUA CARTOLA QUE INDICA QUE NUNCA HA RECIBIDO BENEFICIOS EN ESTE MUNICIPIO INFORME SOCIAL
SITUACION ACTUAL	SRA CAROLINA DESESPERADA ESCRIBIO A SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES A FIN DE SOLICITAR UNA SUBVENCION PARA QUE SU HIJO DE 04 AÑOS SEA OPERADO EL NACIO CON DOS DEDOS PULGARES SU MADRE SIEMPRE LO CONTROLA EN EL HOSPITAL DE IQUIQUE Y LE INFORMARON QUE SERIA OPERADO CUANDO CUMPLA 04 AÑOS Y ENTRO A LA LISTA DE ESPERA DESDE EL 2010 LAMENTABLEMENTE LE EXTRAVIARON TODOS LOS DOCUMENTOS Y EN EL 2013 ENTRA DE NUEVO A UNA LISTA DE ESPERA (SE ADJUNTAN DOCUMENTOS ) A LO QUE LA ABUELA PATERNA SE CONSIGUIO CHEQUE BONO Y LO LLEVO DONDE EL DR TRISOTTI QUIEN LO OPERA DE INMEDIATO PERO PARTICULAR Y

	TIENE UN COSTO DE \$1.300.000 LOS INGRESOS DE ESTE GRUPO FAMILIAR SE HACEN INSUFICIENTES PARA COSTEAR LA OPERACIÓN ES QUE SE SOLICITA EL APOYO AL MUNICIPIO CAROLINA MANIFIESTA QUE SU HIJO ES OBJETO DE BURLAS TANTO EN EL COLEGIO COMO AMIGUITOS Y AL SER OPERADO LO LIBERARIA DE ESO Y LE SUBIRIA SU AUTO ESTIMA PRINCIPALMENTE QUE EL MENOR ESTA EN ETAPA DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO ABSORVIENDO LO QUE OCURRE EN SU ENTORNO
Forma de pago	HACER CHEQUE A NOMBRE DE SRA CAMILA ARCE FAJARDO DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO
NOMBRE Y FIRMA DE ASISTENTE SOCIAL	MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ 

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE ASISTENTE SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ASISTENTE SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ASISTENTE SOCIAL

# INFORME SOCIAL

**Nro.:** 0008308

**Antecedentes del solicitante**

**Nombre Completo** ROJAS ARAVENA CAROLINA IVETTE Nacionalidad Chile  
**R.U.N.** 16224686-0 Estado civil Soltero Sexo: Femenino  
**Fecha de nacimiento** 07/09/1985 Previsión Fonasa A  
**Escolaridad** Educación media científico humanístico Profesión u oficio COMERCIANTE AMBULANTE  
**Domicilio** LOS ALMENDROS Nro. 2921 Fono (recado) 496388  
**Programa puente** NO Ficha Prot. Social 0 Puntaje: 2250

**Condiciones de saneamiento y confort**
 Agua potable

 Energía eléctrica

 Alcantarillado

5. Allegado

**Antecedentes del grupo familiar**

Nro. de Integrantes : 4

Ingreso per - Capita :

85.000

Total de ingresos \$

340.000

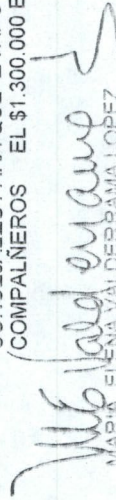
Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ROJAS ARAVENA CAROLINA IVETTE	16224686-0	jefe/a de familia	07/09/1985	Educación media cientí	COMERCIANTE A	60.000	Fonasa A
FREDDY OCTAVIO ORTEGA ORELLAN/	16224910-K	Cónyuge o pareja	20/09/1985	Educación media cientí	SOLDADOR EVEI	280.000	Fonasa A
MATIAS ARIEL ORTEGA ROJAS	22884658-9	Hijo/a de ambos	26/11/2008	Educación parvularia	ASISTE A JARDIN		Fonasa A
DOMINIQUE CAROLINA ORTEGA ROJA	23425839-7	Hijo/a de ambos	15/09/2010	Ninguno	NO TIENE		Fonasa A

**Asunto**

SOLICITA UNA SUBVENCIÓN DE 1.300.000 PARA LA OPERACIÓN DE SU HIJO MATIAS ARIEL ORTEGA ROJAS DE 04 AÑOS DE EDAD QUIEN NACIO CON SINDACTILIA PRIMER PULGAR ES DECIR EN VEZ DE TENER UN DEDITO PULGAR TIENE DOS PEGADOS LO QUE SE LE ESTA DEFORMANDO.

**Situación Social**

SRA CAROLINA HA CONTROLADO A SU HIJO DESDE PEQUEÑO Y LE INDICARON QUE CUANDO CUMPLIERA 04 AÑOS DEBIA SER OPERADO PERO LAMENTABLEMENTE EN EL HOSPITAL DE IQUIQUE ESTABA EN LISTA DE ESPERA Y EN EL 2010 LE EXTRAVIARON SUS DOCUMENTOS VOLVIENDO A ENTRAR A UNA NUEVA LISTA DE ESPERA AL MENOR LO MOLESTAN EN EL COLEGIO ES POR ELLO QUE LA ABUELA PATERNA CONSIGUIO UN BONO Y LO LLEVO DONDE EL DR TRISOTTI QUIEN OPERA AL NIÑO EN FORMA PARTICULAR Y SU COSTO TOTAL ES DE \$1.300.000 POR TRATARSE DE UNA FAMILIA CARENTE DE RECURSOS ECONOMICOS YA QUE EL PADRE DE EL MENOR SOLO REALIZA TRABAJOS ESPORADICOS ES QUE LA SRA CAROLINA ESCRIBIO AL SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES PARA QUE LA APOYEN CON LA SUBVENCIÓN YA QUE ELLO LE PERMITIRA OPERAR A SU HIJO Y LIBERARLO DE LAS BURLAS DE SUS COMPALÑEROS EL \$1.300.000 ES LA SUMATORIA DE LA CLINICA IQUIQUE MAS LOS HONORARIOS DEL EQUIPO MEDICO

  
 MARIELA VALDERRAMA LOPEZ

Nombre y Firma Asistente Social

Fecha : 30/05/2013

**INFORME SOCIAL**

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

**Antecedentes del solicitante**

Nombre Completo **ROJAS ARAVENA CAROLINA IVETTE** Nacionalidad **Chile**  
 R.U.N. **16224686-0** Estado civil **Soltero** Sexo: **Femenino**  
 Fecha de nacimiento **07/09/1985** Previsión **Fonasa A**  
 Escolaridad **Educación media científico humanístico** Profesión u oficio **COMERCIANTE AMBULANTE**  
 Domicilio **LOS ALMENDROS** Nro. **2921** Fono (recado) **496388**  
 Programa puente **NO** Ficha Prot. Social **0** Puntaje: **2250**

**Condiciones de saneamiento y confort**

Agua potable  Energía eléctrica  Alcantarillado

**Antecedente habitacional** 5. Allegado

**Antecedentes del grupo familiar**

Nro. de integrantes: **4** Ingreso per - Capita: **85.000** Total de ingresos \$ **340.000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ROJAS ARAVENA CAROLINA IVETTE	16224686-0	jefe/a de familia	07/09/1985	Educación media cientí	COMERCIANTE A	60.000	Fonasa A
FREDDY OCTAVIO ORTEGA ORELLAN	16224910-K	Cónyuge o pareja	20/09/1985	Educación media cientí	SOLDADOR EVEI	280.000	Fonasa A
MATIAS ARIEL ORTEGA ROJAS	22884658-9	Hijo/a de ambos	26/11/2008	Educación parvularia	ASISTE A JARDIN		Fonasa A
DOMINIQUE CAROLINA ORTEGA ROJA	23425839-7	Hijo/a de ambos	15/09/2010	Ninguno	NO TIENE		Fonasa A

**Asunto**

SOLICITA UNA SUBVENCIÓN DE 1.300.000 PARA LA OPERACIÓN DE SU HIJO MATIAS ARIEL ORTEGA ROJAS DE 04 AÑOS DE EDAD QUIEN NACIO CON SINDACTILIA PRIMER PULGAR ES DECIR EN VEZ DE TENER UN DEDITO PULGAR TIENE DOS PEGADOS LO QUE SE LE ESTA DEFORMANDO.

**Situación Social**

SRA CAROLINA HA CONTROLADO A SU HIJO DESDE PEQUEÑO Y LE INDICARON QUE CUANDO CUMPLIERA 04 AÑOS DEBIA SER OPERADO PERO LAMENTABLEMENTE EN EL HOSPITAL DE IQUIQUE ESTABA EN LISTA DE ESPERA Y EN EL 2010 LE EXTRAVIARON SUS DOCUMENTOS VOLVIENDO A ENTRAR A UNA NUEVA LISTA DE ESPERA AL MENOR LO MOLESTAN EN EL COLEGIO ES POR ELLO QUE LA ABUELA PATERNA CONSIGUIO UN BONO Y LO LLEVO DONDE EL DR TRISOTTI QUIEN OPERA AL NIÑO EN FORMA PARTICULAR Y SU COSTO TOTAL ES DE \$1.300.000 POR TRATARSE DE UNA FAMILIA CARENTE DE RECURSOS ECONOMICOS YA QUE EL PADRE DE EL MENOR SOLO REALIZA TRABAJOS ESPORADICOS ES QUE LA SRA CAROLINA ESCRIBIO AL SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES PARA QUE LA APOYEN CON LA SUBVENCIÓN. YA QUE ELLO LE PERMITIRA OPERAR A SU HIJO Y LIBERARLO DE LAS BURLAS DE SUS COMPALÑEROS EL \$1.300.000 ES LA SUMATORIA DE LA CLINICA IQUIQUE MAS LOS HONORARIOS DEL EQUIPO MEDICO

*Maria Elena Valderrama Lopez*  
MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ

Nombre y Firma Asistente Social

Fecha: 30/05/2013



# INFORME SOCIAL

**Nro.:** 0008308

**Antecedentes del solicitante**

**Nombre Completo** ROJAS ARAVENA CAROLINA IVETTE Nacionalidad Chile  
**R.U.N.** 16224686-0 Estado civil Soltero Sexo: Femenino  
**Fecha de nacimiento** 07/09/1985 Previsión Fonasa A  
**Escolaridad** Educación media científico humanístico Profesión u oficio COMERCIANTE AMBULANTE  
**Domicilio** LOS ALMENDROS Nro. 2921 Fono (recado) 496388  
**Programa puente** NO Ficha Prot. Social 0 Puntaje: 2250

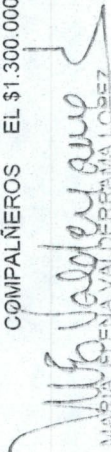
Condiciones de saneamiento y confort		<input checked="" type="checkbox"/> Agua potable	<input checked="" type="checkbox"/> Energía eléctrica	<input checked="" type="checkbox"/> Alcantarillado	Antecedente habitacional		5. Allegado
Antecedentes del grupo familiar		Nro. de Integrantes : 4		Ingreso per - Capita : 85.000		Total de ingresos \$ 340.000	
Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ROJAS ARAVENA CAROLINA IVETTE	16224686-0	jefe/a de familia	07/09/1985	Educación media cienti	COMERCIANTE A	60.000	Fonasa A
FREDDY OCTAVIO ORTEGA ORELLAN	16224910-K	Cónyuge o pareja	20/09/1985	Educación media cienti	SOLDADOR EVEI	280.000	Fonasa A
MATIAS ARIEL ORTEGA ROJAS	22884658-9	Hijo/a de ambos	26/11/2008	Educación parvularia	ASISTE A JARDIN		Fonasa A
DOMINIQUE CAROLINA ORTEGA ROJA	23425839-7	Hijo/a de ambos	15/09/2010	Ninguno	NO TIENE		Fonasa A

**Asunto**

SOLICITA UNA SUBVENCION DE 1.300.000 PARA LA OPERACION DE SU HIJO MATIAS ARIEL ORTEGA ROJAS DE 04 AÑOS DE EDAD QUIEN NACIO CON SINDACTILIA PRIMER PULGAR ES DECIR EN VEZ DE TENER UN DEDITO PULGAR TIENE DOS PEGADOS LO QUE SE LE ESTA DEFORMANDO.

**Situación Social**

SRA CAROLINA HA CONTROLADO A SU HIJO DESDE PEQUEÑO Y LE INDICARON QUE CUANDO CUMPLIERA 04 AÑOS DEBIA SER OPERADO PERO LAMENTABLEMENTE EN EL HOSPITAL DE IQUIQUE ESTABA EN LISTA DE ESPERA Y EN EL 2010 LE EXTRAVIARON SUS DOCUMENTOS VOLVIENDO A ENTRAR A UNA NUEVA LISTA DE ESPERA AL MENOR LO MOLESTAN EN EL COLEGIO ES POR ELLO QUE LA ABUELA PATERNA CONSIGUIO UN BONO Y LO LLEVO DONDE EL DR TRISOTTI QUIEN OPERA AL NIÑO EN FORMA PARTICULAR Y SU COSTO TOTAL ES DE \$1.300.000 POR TRATARSE DE UNA FAMILIA CARENTE DE RECURSOS ECONOMICOS YA QUE EL PADRE DE EL MENOR SOLO REALIZA TRABAJOS ESPORADICOS ES QUE LA SRA CAROLINA ESCRIBO AL SR ALCALDE Y CUERPO DE CONCEJALES PARA QUE LA APOYEN CON LA SUBVENCION YA QUE ELLO LE PERMITIRA OPERAR A SU HIJO Y LIBERARLO DE LAS BURLAS DE SUS COMPAÑEROS EL \$1.300.000 ES LA SUMATORIA DE LA CLINICA IQUIQUE MAS LOS HONORARIOS DEL EQUIPO MEDICO

  
 MARÍA ELENA VALDERRAMA LOPEZ

Nombre y Firma Asistente Social

Fecha: 30/05/2013



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



APELLIDOS  
**ORTEGA**  
**ROJAS**  
 NOMBRES  
**MATÍAS ARIEL**  
 SEXO PAÍS DE NACIONALIDAD  
**M CHILE**  
 FECHA DE NACIMIENTO  
**26 NOV 2008**  
 FECHA DE EMISIÓN  
**04 JUL 2011**  
 FECHA DE VENCIMIENTO  
**26 NOV 2016**

FIRMA DEL TITULAR

NO FIRMA

RUT 22.884.658-9

NOMBRE: <u>CAROLINA ORTEGA ANDRÉS</u>	NOMBRE: _____
RUT: <u>16.224.686-0</u> PREV: <u>A</u> N°	RUT: _____ PREV: _____ N°
NOMBRE: <u>FREDY ORTEGA DALLONA</u>	NOMBRE: _____
RUT: <u>16.224.910-16</u> PREV: <u>A</u> N°	RUT: _____ PREV: _____ N°
NOMBRE: <u>MATÍAS ORTEGA ROJAS</u>	NOMBRE: _____
RUT: <u>22.884.658-9</u> PREV: <u>A</u> N°	RUT: _____ PREV: _____ N°
NOMBRE: <u>DOMINGO ORTEGA ROJAS</u>	NOMBRE: _____
RUT: <u>23.425.839-7</u> PREV: <u>A</u> N°	RUT: _____ PREV: _____ N°
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
RUT: _____ PREV: _____ N°	RUT: _____ PREV: _____ N°
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
RUT: _____ PREV: _____ N°	RUT: _____ PREV: _____ N°
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
RUT: _____ PREV: _____ N°	RUT: _____ PREV: _____ N°



## CERTIFICADO

El Ministerio de Desarrollo Social, certifica que Don/ña: CAROLINA IVETTE ROJAS ARAVENA, RUN N°:16224686-0, registra Ficha de Protección Social en el Sistema Nacional de Información FPS.

Folio Único Nacional n° : 5197423

Puntaje FPS : 2250

Fecha Ultima Actualizacion : 03 de Mayo de 2013

Fecha de aplicación de la encuesta: 26 de Octubre de 2010

Comuna: Alto Hospicio

Región: TARAPACA

La Ficha de Protección Social registrada se encuentra en estado de Puntaje Asignado.

Se extiende el presente certificado a petición del/a interesado/a para los fines que estime pertinentes.

Este certificado es válido hasta el 05 de Junio de 2013

(\*) Puntaje/s sujeto a verificación de información administrativa en caso de ser necesario.



Fecha de emisión del certificado: 30/05/2013



ESTE CERTIFICADO SE EMITE EN FORMA TOTALMENTE GRATUITA QUEDANDO PROHIBIDA SU VENTA O COMERCIALIZACIÓN.



**CENTRO RADIOLOGICO TAMARUGAL**

AV. ARTURO PRAT N° 1170 - 3° PISO - FONNO: 514200 - FAX: 514202 - IQUIQUE

## INFORME RADIOLÓGICO

Iquique, 15 de febrero del 2012

Dr.: Italo Trisotti D.

Presente:

El examen del(a) paciente **Matias Ortega Rojas** dió el siguiente resultado:

### RX DE MANO DERECHA

Se observa dos falángees proximales y dos falángees distales a nivel del dedo pulgar.

No hay alteraciones en los metacarpianos ni en el resto de los dedos.

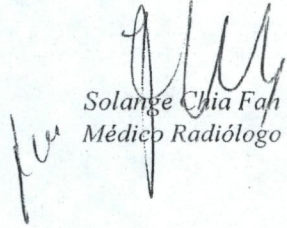
No se observa lesión ósea destructiva.

### Impresión Radiológica:

Polidactilia en la mano derecha.

SCF/jmm.

Atentamente,

  
Solange Chia Faj  
Médico Radiólogo



# CENTRO CLINICO MILITAR "ARICA"

DIAGNOSTICO POR IMAGENES

ARICA, Diciembre 18 del 2009.

*Estimado Doctor:*

*El examen realizado a su paciente: **SR(A). MATIAS ORTEGA ROJAS**, de 1 año de edad, ha dado el siguiente resultado:*

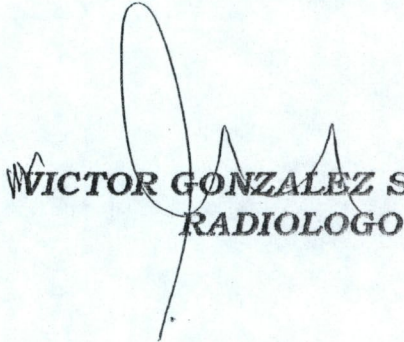
**Rx. MANO DERECHA (2PL):**

*La estructura ósea se encuentra conservada.*

*Se evidencia duplicación de la falange distal y núcleo de osificación en relación a falange proximal accesoria en el contexto de una polidactilia.*

*No se evidencia lesión de tipo traumática o destructiva.*

*Partes blandas visibles dentro de límites normales.*

*Dr. * **VICTOR GONZALEZ SIEBERT**  
**RADIOLOGO**

Esto acredita cuando ingreso a lista de espera

### INGRESO SOLICITUD INTERCONSULTA.

Campo Obligatorio

FOLIO N°  Fecha de Solicitud  Hora:  (hh:mm)

1. Servicio de Salud  2. Establecimiento

Unidad  3. Especialidad

#### DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

[Ver más datos del Paciente](#)

RUN  -  Nombre

#### DATOS CLÍNICOS

17. Se deriva para ser atendido en:

Servicio de Salud  Establecimiento

Unidad  Especialidad

Derivada Para :

- Confirmación Diagnóstica
- Realizar Tratamiento
- A seguimiento
- Control de Especialidad
- Otro

18. Hipótesis diagnóstica

19. ¿Sospecha problema de salud AUGE?

Si  No

20. Fundamento del diagnóstico

21. Exámenes realizados

Fecha de Indicación Confirmación Diagnostica

Cantidad  Unidad de Tiempo

#### DATOS DEL PROFESIONAL

RUT  -

Nombres

Apellidos

INGRESO SOLICITUD INTERCONSULTA.

\*Campo Obligatorio

FOLIO N°  Fecha de Solicitud  Hora:  (hh:mm)

\*1. Servicio de Salud  \*2. Establecimiento

\*Unidad  \*3. Especialidad

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

[Ver más datos del Paciente](#)

RUN  -  Nombre

DATOS CLÍNICOS

17. Se deriva para ser atendido en:

\* Servicio de Salud  \* Establecimiento

\* Unidad  \* Especialidad

\* Derivada Para :

Confirmación Diagnóstica  Control de Especialidad

Realizar Tratamiento  Otro

A seguimiento

\*18. Hipótesis diagnóstica

\*19. ¿Sospecha problema de salud AUGE?

Si  No

20. Fundamento del diagnóstico

21. Exámenes realizados

Fecha de Indicación Confirmación Diagnóstica

Seleccione Unidad de Tiempos  
 Cantidad Unidad de Tiempo

DATOS DEL PROFESIONAL



RUT 14530977 - 8

Buscar por Rut

Nombres CATALINA DE LOS ANGE

Apellidos MOYANO ANFOSSI

Imprimir

Volver

Cirujano Mayor OR Ambulatorio

Figase previamente  
a lista de  
espera

### INGRESO A PROGRAMACION QUIRURGICA

FICHA CLINICA Nº 176884

FECHA INGRESO: 26/2/13

PREVISION: A

1. HOSPITALIZADO \_\_\_\_\_

2. AMBULATORIO

#### 1. IDENTIFICACION

NOMBRE: MARTIN ANTONIO ROSS

RUT: \_\_\_\_\_ EDAD 4 años

FONO: 496388

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

FONO ALTERNATIVO: 72581192  
"mauc"

Casa

#### 2. PATOLOGIA

CODIGO

Nº 1 Poliostosis

Nº 2 (duplicación pulgar derecho)

#### CIRUGIA PROGRAMADA

CODIGO

Nº 1 Extirpación pulgar supernumerario

Nº 2 + plasta

#### PRIORIDAD

PRIORITARIO \_\_\_\_\_ DIFERIDO

56113

#### DURACION DE CIRUGIA

1 HORA

2 HORAS \_\_\_\_\_

3 HORAS \_\_\_\_\_

NOMBRE CIRUJANO: \_\_\_\_\_

3. AREA ADMINISTRATIVA: \_\_\_\_\_

AUTORIZACION DE SOME \_\_\_\_\_

Dr. Dino Ibaceta Orlandini

RUT: 9.110.883-6 RCM 23670-P

CIRUGIA PEDIATRICA



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Hospitalización, Procedimientos,**  
**Cirugías y/o Anestesia**



NOMBRE DEL PACIENTE MATIAS ORLANDI NOSS  
 CENTRO DE RESPONSABILIDAD \_\_\_\_\_ FICHA 176884

CONSENTIMIENTO INFORMADO "Es el proceso en que el profesional de salud del Hospital Ernesto Torres Galdames, que trata al paciente, entrega personalmente a éste o a su representante, la información suficiente, razonada y comprensible sobre su diagnóstico, los objetivos de la intervención que se propone, sus características, beneficios y riesgos, los medios de los que dispone el Hospital, así como las alternativas a los procedimientos o intervenciones que se le ofrece con sus beneficios y riesgos, a fin de que el o la paciente, o su representante en su caso, razonadamente autorice o rechace la propuesta de atención médica."

En caso de pacientes con dificultad de comprensión, alteración de conciencia o menores de edad, se deberá pedir el Consentimiento Informado a sus representantes.

1. Declaro que antes de formular mi Consentimiento he sido informado de la naturaleza de mi enfermedad y de los eventuales daños que esta produce a los que la padecen.
2. Declaro además, que he sido informado y se me ha explicado en detalle la naturaleza y fines de la operación y/o procedimiento a ejecutar, como así mismo, las diferentes alternativas de tratamiento clínico que dispone la ciencia médica para mi enfermedad y los beneficios y eventuales riesgos que cada una de estas posibilidades tienen.
3. Asimismo declaro que he sido informado sobre los riesgos que enfrente a consecuencia de mi estado previo de salud, mi edad y otras causas de naturaleza similar, las que aumentan el riesgo de la operación y/o procedimiento a realizar.
4. Por el presente instrumento, autorizo al equipo médico quirúrgico del Hospital, para realizar las operaciones y/o procedimientos pertinentes a la enfermedad que padezco.
5. Autorizo además, al equipo quirúrgico de esta institución, a ejecutar operaciones y/o procedimientos complementarios que sean necesarios realizar, en el caso de presentarse complicaciones en la ejecución de la operación y/o procedimientos que estaban previamente autorizados, o que se efectuarán con posterioridad

Escribir por el profesional o algún miembro del equipo que efectuará el procedimiento o intervención, con letra legible.

**Información que entrega el Profesional:**

El diagnóstico médico del paciente es: Poliquilia  
 Y que es necesario se efectúe al paciente, el o los siguiente(s) procedimiento(s) diagnóstico(s), terapéutico(s) y/o intervención quirúrgica: EXTENSIÓN DEL DEDO SUBDIGNITO DERECHO

- ACEPTO que se realice el procedimiento y/o intervención descrita.  
 RECHAZO el procedimiento o intervención descrita.

Nombre y firma del Profesional responsable del Procedimiento y/o Intervención

RUT: Dr. Dinolbaceta Orlandini  
RUT: 9.110.883-6 PCM 23626-0  
CIRUGIA PEDIATRICA

Fecha: Iquique 26 de 3 de 13

Nombre y firma del paciente o representante que recibe información sobre procedimiento y/o intervención

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

**PRESUPUESTO DE HOSPITALIZACION  
LIBRE ELECCION  
PARTICULAR [BASE]**

N° 19763  
16/05/2013

Rut	22884658-9	Nombre	MATIAS ORTEGA ROJAS
Especialidad	Cirugia General	Médico tratante	Italo Trisotti Del Fierro
Intervención(es)	[15-02-057-00] SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO SI		

CLINICA IQUIQUE	VALORES TOTALES	BONIFICACION ISAPRE O REEMBOLSO	VALOR A CANCELAR AFILIADO
PABELLON	\$ 145.798	\$ _____	\$ _____
1 DIA CAMA HOSP DOBLE	\$ 184.847	\$ _____	\$ _____
PEDIATRICA	\$ 291.596	\$ _____	\$ _____
MED. E INSUMOS	\$ 622.241	\$ _____	\$ _____
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 622.241</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 622.241</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

## Notas:

- 1.- V; lido s; lo para los c; digos e intervenciones se; aladas.
- 2.- Para aquellas cirug; as que habitualmente utiliza anestesia local, puede haber casos en que se requiere anestesia general, no valorizada esta alternativa.
- 3.- Los precios son referenciales, siempre se cobra el valor de la prefectura.
- 4.- No incluye valores equipo medico.
- 5.- Isapre debe entregar los valores del equipo medico.
- 6.- Medicamentos e insumos son valores aproximados.
- 7.- No incluye prestaci; n de banco de s; angre y/o medicina transfusional.
- 8.- No incluye examen de anatom; a patol; gica.
- 9.- Est; sujeto a la disponibilidad del tipo de habitaci; n.
- 10.- Tiene una validez de 10 d; as corridos a partir de la fecha de emisi; n.
- 11.- Presente este presupuesto al momento de su hospitalizaci; n.

## Recomendación:

- 1.- Presente este presupuesto a su Isapre o aseguradora para que le informe el monto de la bonificaci; n a que tiene derecho.
- 2.- Los pacientes menores de 15 aÑ; os y mayores de 65 deben estar acompaÑ; ados por algU; n familiar las 24 horas del d; a.

Jennifer Cejas Mardones

Ejecutivo(a) de Admisión y Presupuesto

16/05/2013 17:37:34

JCEJASM

**Dr. Italo Trisotti del Fierro**

Especialista en Cirugía Infantil - Cirugía de Quemaduras  
Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

Miembro de la Sociedad Chilena Cirugía Plástica  
Reconstructiva y Estética

Rp.:

Materia oriteja Roja

PARTICULAR.

Sindactilia Pulgar.

1502057-4

CODIGO OPERACION  
CLINICA

1 dia Hosp (HOSPITALIZACIÓN)

duros. (INSUMOS)

Palla (PAPELLON)

} \$622.241.-

Equipo Medicos (EQUIPO MEDICO)

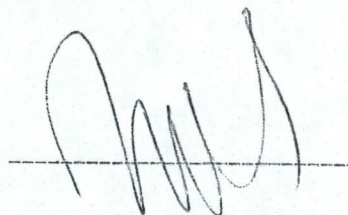
\$624.000.-

624.000 =

FECHA:

14/01/13

Centro de Especialidades Médicas  
Alto Bellavista  
Pedro Lagos 1060  
Fono: 411632  
Web: www.drtrisotti.cl



R.U.T. 4.108.208 - 9  
Conacem N° 4160

04739/0000000

Casa matriz: Isidora Goyenechea 3.600  
 Ofic. 401 - 402, Las Condes, Santiago  
 Giro: Captación, purificación  
 y distribución de agua.  
 www.aguasdelaltiplano.cl

CONTRERAS CASTRO JOSÉ  
 LOS ALMENDROS 2921, Alto Hospicio  
 Alto Hospicio

AD04811 FNNNN 1131702 04739

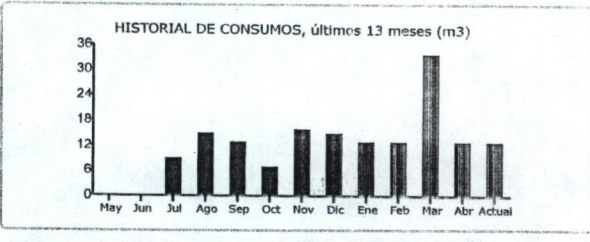
RUTA : 2090115100180

NºCLIENTE: 398162-2

FONO CLIENTES  
**600-600-9900**  
 desde celulares 02-3812825

RUT:76.215.634-2  
**BOLETA ELECTRONICA**  
 Nº 1131702  
 SII - Iquique RAMON PEREZ 3153 (Ex Av chico)

**TOTAL A PAGAR \$17.250**  
**VENCIMIENTO 17-05-2013**



**Su Consumo**

Lectura Actual (26-04-2013)	499
Lectura Anterior (26-03-2013)	473
Consumo Periodo (m3)	26
M3 Descontables	-13,00
Consumo Facturado (m3)	13,00
Consumo Agua Potable (m3)	13,00
Sobreconsumo Agua Potable (m3)	0,00
Límite de Sobreconsumo	40
Fecha Estimada Próxima Lectura	27-05-2013

**Información Adicional de su Cuenta**

FECHA EMISIÓN	02-05-2013
Factor de Cobro	1
Nº de Medidor	5554
Diametro de Medidor	13
Pagos del Periodo (11-04-2013)	\$ 57.900

**Detalle de su cuenta**

Cargo fijo	\$683
Consumo agua potable	\$10.863
Servicio alcantarillado	\$3.665
Tratamiento de aguas servidas	\$1.785
<b>Total Servicios Mes</b>	<b>\$16.996</b>
Intereses	\$270
<b>Total Venta Mes</b>	<b>\$17.266</b>
Ajuste Sencillo Crédito	\$-41
Ajuste Sencillo Débito	\$25

**TOTAL A PAGAR \$ 17.250**

**Aguas del Altiplano le informa**

Tarifa Publicada Diario La Estrella 16 Marzo 2013  
 Tarifas Incluyen I.V.A., Grupo Tarifario 2

- Cargo fijo: \$ 683
- Metro cúbico (m3) agua potable: \$ 836,89
- Metro cúbico (m3) agua potable periodo punta: \$ 827,16
- Metro cúbico (m3) agua potable sobreconsumo: \$ 2352,02
- Metro cúbico (m3) alcantarillado: \$ 281,89
- Metro cúbico (m3) tratamiento aguas servidas: \$ 137,35

\*PLANTAS DE TRATAMIENTO DE AGUAS SERVIDAS EN OPERACIÓN:  
 Chinchorro, Playa Brava, Punta Negra, Laguna Alto Hospicio  
 y Laguna Pozo Almonte



Timbre Electrónico SII  
 Res. 95/2012 Verifique información www.aguasdelaltiplano.cl

TOTAL A PAGAR \$ 17.250  
 VENCIMIENTO 17-05-2013  
 FECHA EMISIÓN 02-05-2013  
 NºCLIENTE: 398162-2  
 BOLETA ELECTRONICA Nº 1131702

001011317020039816200017250



COMPROBANTE DE PAGO  
 AGUAS DEL ALTIPLANO S.A.  
 398162-2

DROS 2921  
 que /2013 10:55:24  
 documento: 1131702  
 do: 17.250  
 go: Efectivo  
 ja  
 ión: 0

OJJO-E, C 63358-192

Cartola de Beneficios por NIS - Windows Internet Explorer

197, 165, 20, 2

Favoritos CAJAS DE BENEFICIOS POR NIS

PAQUETES - Respuesta - Mensajes

### Cartola de Beneficios Sociales x NIS

MUNICIPALIDAD DE RÍO NEGRO

20/08/2014 10:14:46 [Volver](#)

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


R.I.S.  R.M.T.  APLICAR PAGINA

ESPECIFICAR

NIS  NOMINADO

FOLIO N.I.S. E.E.C.

**Mensaje de página web**

 **¡ATENCIÓN!** REQUISITOS DELEGADOS EN PROCESO DE VALIDACIÓN ASOCIADOS



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO


SECRETARÍA MUNICIPAL  
TARAPACÁ – CHILE  
2013

Alto Hospicio, a 12 de Junio de 2013

## CERTIFICADO

JOSE JESUS VALENZUELA DIAZ, Secretario Municipal y Secretario del Concejo Municipal de Alto Hospicio, certifica que durante la Decimoséptima (17°) Sesión Ordinaria del Concejo, de fecha 11 de Junio de 2013, el Honorable Concejo acordó lo siguiente:

**ACUERDO N° 83/2013:** Con el voto unánime de los miembros asistentes al Concejo, se aprobó: 1) la ayuda social solicitada respecto de Doña Aída Cecilia Cortes Ogalde Rut: 05.401.779-0, por la suma de \$500.000.- para cubrir compra de pañales desechables de adulto pues padece de daño severo neurológico post meningitis, epilepsia y retardo mental profundo, 2) la ayuda social a Doña Ximena del Carmen Solorza Cornejo Rut: 07.625.450-8, por la suma de \$200.000.- para cancelar intervención quirúrgica por prolapso; y, 3) ) la ayuda social solicitada respecto de Doña **Carolina Ivette Rojas Aravena** Rut: 16.224.686-0, por la suma de \$1.300.000.- para cancelar la intervención quirúrgica de su hijo Matías Ariel Ortega Rojas quien padece de Sindactilia primer pulgar.

  
JOSE JESUS VALENZUELA DIAZ  
Abogado  
Secretario Municipal

JVD/nba  
Distribución:  
Dideco  
Jurídico  
Secretaria Municipal