# C E R T I F I C A D O 401/118/2026

La I. Municipalidad de Cerrillos, Rut: **Nº 69.255.000-5** a través de su Departamento de Abastecimiento, certifica beneficio para el Sr. Claudio Cabello Araya**, Rut 14.447.250-0,** para la adquisición de 30 bolsas de colostomía confort opaca, con el Proveedor Mediker EIRL. Rut: 76.511.510-8, por un monto de $ 124.950.-

**Este certificado reemplaza la orden de compra en adquisiciones menores a 3 UTM.**

**Validez del Certificado 30 días corridos desde su emisión.**

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
JEFE
ADQUISICIÓN

**SERGIO ENCINA FUENZALIDA**
**JEFE**
**DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO**

CDP N° 701

Obligación N° 1568

S. P. 502/189/2026

Cerrillos, 5 de Octubre de 2026

SEF/vpr

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

**N° 701**
**NOMBRE DE LA ENTIDAD (Servicio): CERRILLOS**
**IDENTIFICADOR CODIFICADOR DEL ESTADO (ID):**
**FECHA DE EMISIÓN: 01/10/2026**

Quien suscribe certifica que se cuenta con recursos para financiar el (proyecto, iniciativa, programa, servicios o bienes) que indica, según el siguiente detalle:

| | |
|---|---|
| Imputación presupuestaria | 215-24-01-007-001-000 |
| Año ejercicio presupuestario | 2026 |
| Monto total contemplado en el presupuesto | $463,000,000 |
| Monto comprometido a la fecha | $285,436,558 |
| Monto comprometido por el acto administrativo | $124,950 |
| Saldo final | $177,563,442 |

| |
|---|
| Información adicional (opcional): ELABORADO POR: ALEC GUZMAN<br>ANALISTA PRESUPUESTO |

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
PRESUPUESTO MUNICIPAL
SECRETARIA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN

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

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
D.A.F.
Depto. de Contab. y Depto. de Ppto.
AREA MUNICIPAL

ADQUISICIONES
05 OCT 2026
RECIBIDO
HORA

Fecha 01/10/2026

# OBLIGACION

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Comprobante | 1568 | Fecha | 01/10/2026 | Resolución | |
| Rut | | Nombre | | | |
| Tipo Doc. | CERT. DISP. PPTO. | Numero Doc. | 502189 | Departamento | ACCION SOCIAL |
| Banco | | Centro Costo | DIDECO | | |
| Chile Compra | | Pre-Obligacion | 0 | | |
| Glosa | ADQUISICION BOLSA DE COLOSTOMIA POR DPTO ACCION SOCIAL SP.N°502/189/2026 | | | | |

| Listado de Cuentas | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código Cuenta | Descripción | Monto | Presupuesto | Obligaciones | Saldo Pres. |
| 215-24-01-007-001-000 | ASISTENCIA SOCIAL A PERSONAS NATURALES | 124,950 | 463,000,000 | 285,311,608 | 177,563,442 |
| | Total | 124,950 | | | |

| Cuenta Contable | Area Gestion | Programa | SubPrograma | Monto | Pres.Vigente | Ob. Acumulada | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 215-24-01-007-001-000 | (4) PROGRAMA SOCIALES | (51) Accion Social | (2) Prog. Accion Social | 124,950 | 448,000,000 | 270,311,608 | 177,563,442 |

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
SECRETARIA COMUNAL DE PLANIFICACION
PRESUPUESTO MUNICIPAL
PREPARADO POR

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
JEFE
V° B° DEPTO. CONTABILIDAD
05 OCT 2026

| Cerrillos Municipalidad<br>Depto. Abastecimiento | **SOLICITUD DE PEDIDO**<br>**DOCUMENTO N° 502 / 189 / 2026**<br>**FECHA:** 21 SEP 2026 |
|---|---|

**Ante la falta de antecedentes, el formulario será devuelto a la unidad solicitante para que se complete.** Se solicita y agradece la oportuna y correcta utilización de este instrumento. Para mayor información consultar el **"Manual de Procedimiento del Departamento de Adquisiciones de la Municipalidad de Cerrillos". SE DEBE HACER LLEGAR AL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO RECEPCIONADA CON 15 DIAS ANTES DE LA FECHA DEL REQUERIMIENTO. ADJUNTO EJEMPLO DE UN SERVICIO EN PARTICULAR**

## 1. Descripción del Requerimiento

| Departamento | Dirección | Programa Decretado |
|---|---|---|
| **ACCION SOCIAL** | **DIDECO** | **N° DECRETO PROGRAMA/S 202/044/2026**<br>**NOMBRE DE PROGRAMA ACCION SOCIAL** |

| Cantidad del Bien o servicio solicitado | Unidad de Medida | Identificación del bien o servicio solicitado | Monto del Gasto Estimado (con impuesto) |
|---|---|---|---|
| | | ADQUISICION DE BOLSA DE COLOSTOMIA, SEGÚN ORDEN MEDICA Y COTIZACION ADJUNTA. | **$124.950.-** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **TOTAL** | **$124.950.-** |

**ES OBLIGATORIO** ADJUNTAR ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LAS LICITACIONES, y cualquier otro documento que avale la compra, adjunta a la Solicitud, como Archivo Anexo.

| **Observaciones que desee agregar e indicar para cuando necesita el bien o servicio** |
|---|
| **NOMBRE: CLAUDIO CABELLO ARAYA**<br>**RUT: 14.447.250-0**<br>**TELEFONO: 990033916** |
| |

**ES OBLIGATORIO** Mínimo dos criterios de evaluación, Precio y uno o varios más para velar por las mejores condiciones del producto o servicio que se requiere. Con Criterios medibles.

| Tabla de Evaluación | | |
|---|---|---|
| Criterio de Evaluación | % | Método de Evaluación y Subcriterios |
| | | |
| | | |
| | | |

**PARA COMPRAS SOBRE 100 U.T.M. DEBE INDICAR A LO MENOS TRES PERSONAS.**

| Comisión Evaluadora | |
|---|---|
| Departamento | Cargo en Departamento |
| ACCION SOCIAL | LORETO CLAVIJO MONSALVE |
| | |
| | |

**PARA LOS SERVICIOS TALES COMO: PRODUCCION, ARRIENDO Y/U OBRAS MENORES, INDICAR NOMBRE DE SUPERVISOR DEL SERVICIO O INSPECTOR TECNICO DE LA OBRA I.T.O. Ò I.T.S.**

| CONTRATO | | |
|---|---|---|
| Tiempo del Contrato | Días/mes | Observaciones |
| | | |
| Responsable del Contrato | Teléfono | E-mail de Contacto |
| DESARROLLO COMUNITARIO | 233278128 | Lclavijo.cerrillos@gmail.com |

| Firma Departamento | Firma Director |
|---|---|
| | |

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

**La información contenida en esta solicitud debe ser completada íntegramente por la Unidad Demandante. Será responsabilidad de dicha unidad entregar todos los antecedentes necesarios para su requerimiento. Además, en caso que el o los bienes requeridos deban ser distribuidos, dicha distribución deberá ser informada junto con la presente solicitud de compra o en hoja adjunta.**

| IMPUTACIÓN | | | PRESUPUESTO SOLICITUD |
|---|---|---|---|
| SUBTITULO | ITEM | ASIGNACION | |
| | | | |

**ES OBLIGATORIO** Si las adquisiciones o contrataciones son mayores de 100 UTM, se informará a la secretaria Comunal de Planificación para que inicie el proceso de licitación o si se estima por la autoridad remitirla a Abastecimiento para iniciar el proceso como apoyo técnico de la Unidad.

| Firma y V.B. de Sectorialista encargado de presupuesto SECPLAN | Firma y V.B. jefe Depto. de Informática. (en compras relacionadas con el área informática) |
|---|---|
| | |

ADQUISICIONES
05 OCT 2026
RECIBIDO
HORA 11:40 Hrs

**FECHA INGRESO ABASTECIMIENTO**

**I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS**
**DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO**
**DEPTO. ACCIÓN SOCIAL**

**RESOLUCIÓN DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO**

**Nº 500/492./ 2026**

**CERRILLOS,** 21 SEP 2026

**VISTOS:**

Lo dispuesto en los Artículos 4º, letra a; de la Ley Nº18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y las facultades que me confieren el Decreto Alcaldicio Nº202/196/92.

**CONSIDERANDO:**

La solicitud de ayuda asistencial presentada para el **SR. CLAUDIO CABELLO ARAYA C.I.:14.447.250-0, dada** la investigación realizada.

**RESUELVO:**

Otórguese al solicitante la ayuda asistencial consistente en: **ADQUISICION DE 30 BOLSAS DE COLOSTOMIA, POR UN VALOR DE $124.950, SEGÚN ORDEN MÉDICA Y COTIZACION ADJUNTA,** Según Ítem de **ASISTENCIALIDAD.**

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**
**Por orden del Señor Alcalde**

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
DIRECTORA
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

**LILIAN MUÑOZ QUEZADA**
**DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO**

**EOA/dbg**
- **Dirección Adm. y Finanzas**

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS

*I. MUNICIPLAIDAD DE CERRILLOS*
*DESARROLLO COMUNITARIO*
*DEPARTAMENTO ACCION SOCIAL*

FECHA 09-09-2026

# SOLICITUD ASISTENCIA SOCIAL

DATOS BENEFICIARIO

NOMBRE CLAUDIO ANDRES CABELLO ARAYA

RUT: 14.447.250-0

TELEFONO 990033916

DOMICILIO LOS ROSALES N° 325, VILLA ZAROR

| RSH | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | | | | | |

BENEFICIOS COMPRAS

| | |
|---|---|
| | BONO FONASA |
| | PROGRAMA MEDICO FONASA |
| | EXAMEN PARTICULAR |
| | MEDICAMENTOS |
| | CENTROS PRIVADOS |
| | MATERIALES CONSTRUCCION |
| | PAÑAL |
| X | BOLSAS DE COLOSTOMIA |
| | ANDADOR |
| | SILLAS DE RUEDAS |
| | ANDADOR |
| | INSUMO MEDICO |
| | SERVICIO FUNERARIO |
| | TRASLADO DE ENSERES |
| | REPARACION VIVIENDA |
| | OXIGENOTERAPIA |
| | GIF CARD MATERIALES DE CONSTRUCCION |
| | OTROS |

TIPO DE ATENCION REQUERIDA

**Adquisición de Insumo Medico (Bolsas de Colostomia) por un valor de $ 124.950; según receta medica y cotizacion adjunta**

| NECESIDAD MANIFIESTA | X | INDIGENCIA | |
|---|---|---|---|

FIRMA TRABADORA SOCIAL
KATHERINNE ALEGRIA VERA

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS DEPTO. ACCION SOCIAL

FIRMA JEFE PROGRAMA
LORETO CLAVIJO MONSALVE

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS DIRECTORA DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO

APROBACION DIDECO SI NO

NOMBRE, FIRMA, TIMBRE
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO

***I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS***
***DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO***
***DEPTO. ACCION SOCIAL***

***REF: SOLICITUD BOLSAS DE COLOSTOMÍA.***

***Cerrillos, 01 de Septiembre 2026***

***KATHERINNE ALEGRIA VERA***, *TRABAJADORA SOCIAL DE LA I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS, SE PERMITE ENTREGAR ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS DEL* ***SR. CLAUDIO ANDRES CABELLO ARAYA***

| | |
|---|---|
| ***CEDULA DE IDENTIDAD*** | *: 14.447.250-0* |
| ***DOMICILIO*** | *: Los Rosales N° 325* |
| ***FECHA DE NACIMIENTO*** | *: 22/05/1974* |
| ***EDAD*** | *: 51 años.* |
| ***ESTADO CIVIL*** | *: Soltero* |
| ***SALUD*** | *: FONASA B* |
| ***ACTIVIDAD LABORAL*** | *:* |
| ***FONO*** | *: 990033916* |

***I.- SINTESIS DEL GRUPO FAMILIAR***

*Referido compone familia biparental; calificada en el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica según estratificación del registro social de hogares.*

*En cuanto, a los ingresos de grupo familiar; estos irrogan únicamente de Pensión Garantizada Universal de madre + Rifas y bingos que realiza a beneficio ya que no es suficiente para todos los gastos que debe incurrir.*

*Habita inmueble, en calidad de allegado en propiedad de su hermana; vivienda de estructura de madera. Cuenta con 3 dormitorios, baño, cocina y living-comedor, con acceso a servicios básicos, red de agua potable, electricidad y alcantarillado.*

*Referido solicita bolsas de colostomía, puesto que producto de cáncer de colon; queda utilizando este recurso médico, manteniéndose a la espera de cirugía y evolución para determinar si su uso es permanente.*

*Por otro lado, indica que tiene dificultades para la compra de bolsas de colostomía por el valor que estas tienen y los gastos que debe sustentar.*

***II.- PETICION***

*Adquisición de 30 Bolsas de Colostomía*

***KATHERINNE ALEGRIA VERA***
***TRABAJADORA SOCIAL***
***I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS***

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
DEPTO. ACCION SOCIAL


CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS
CABELLO
ARAYA

NOMBRES
CLAUDIO ANDRÉS

NACIONALIDAD
CHILENA

SEXO
M

FECHA DE NACIMIENTO
22 MAYO 1974

NUMERO DOCUMENTO
530.755.560

FECHA DE EMISIÓN
14 MAR 2023

FECHA DE VENCIMIENTO
22 MAYO 2028

FIRMA DEL TITULAR

RUN 14.447.250-0


Nació en: UNIVERSIDAD, SANTIAGO
Profesión: No informada

INCHL5307555606S16<<<<<<<<<<<<
7405224M2805221CHL14447250<0<6
CABELLO<ARAYA<<CLAUDIO<ANDRES<

HOSPITAL
EL CARMEN
Dr. Luis Valentín Ferrada

Camino Rinconada 1201
Fono: 26120583
Maipú - Saantiago - Chile

Sr. (a) Claudio Andres Ceballo Arce

Rp. RUT: 14447250-0 Edad: 51 años

Diagnósticos: 1) Cáncer de Colon
2) Colostomizado

Solicito:

Bolsa de Colostomia
30 unidades al mes
Uso permanente
Atte

Dr. Nelson Ignacio [redacted]
12.627.081-K
Medicina Interna

HOSPITAL EL CARMEN
UNIDAD CENTRO DE ESPECIALIDADES CLINICAS
S.S.M.C.

08/06/2026

**MEDIKER E.I.R.L**
**RUT. 76.511.510-8**
**ESQUINA BLANCA #311**
**COMUNA DE MAIPÚ**
**FONO: 22-9431114**
**GIRO : INSUMOS MÉDICOS**

MEDIKER
LOCAL DEL ENFERMO
CHILE

**FECHA: 07 DE SEPTIEMBRE DE 2026**

**NOMBRE : CLAUDIO CABELLO ARAYA** **RUT: 14.447.250-0**
**AT; ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS**

**COTIZACION DE INSUMOS MÉDICOS**

| PRODUCTO | UNIDAD MEDIDA | VALOR SIN IVA | CANTIDAD | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| BOLSA COLOSTOMIA CONFORT OPACA | UNIDAD | 3500 | 30 | 105000 |
| | | | | 0 |
| | | | | 0 |
| | | | NETO | 105.000 |
| | | | 19% IVA | 19.950 |
| | | | TOTAL | 124.950 |

Ximena Barrios
Representante Ventas
Mediker

*Saludos cordiales*
Ximena Barrios Oyarzún
MEDIKER E.I.R.L

## DATOS DEL PACIENTE

**N° Historia:** 01178094 **RUN:** 14447250-0 **Servicio:** Cirugía Mayor Ambulatoria

**Nombre Social:** **Médico:** MARIA Báez Laborde

**Nom. Paciente:** CLAUDIO ANDRES CABELLO ARAYA

**N° Hist. Papel:** 01178094

**Edad:** 49 años 11 meses 15 días **Centro:** Hospital El Carmen

**Genero:** Masculino **N° S.S.:** 8678042

**Dirección:** C LOS COPIHUES n 366, , Letra, , Bloque, , Portal, , Escalera

**Localidad:** Cerrillos

**Previsión:** FONASA B

**Financiación:** FONASA B

**N° Cama:** 506c **Fecha de Ingreso:** 07/05/2024 18:32 **Fecha de Alta:** 14-05-2024 [illegible]

**Destino de Alta:** Domicilio

## INFORME

EPICRISIS HOSPITALIZACIÓN

DATOS PERSONALES
Nombre: Claudio Cabello Araya
Edad: 49 años
RUT: 14447250-0

Fecha de ingreso HEC: 08/05/24
Fecha de ingreso HQ: 10/05/24
Fecha de egreso HEC: 14/05/24

ANTECEDENTES
AM: Ca recto (QT + RT)
Alergias farmacológicas: no
[illegible]
Ácido sulfato ferroso
TBC: no. QH: no. D: THC habitual

ANAMNESIS:
Este citado de forma ambulatoria para resección de cáncer de recto, se realiza cirugía sin incidentes, se [illegible] como resección incompleta (R2), se realiza colostomía terminal. Se traslada a sala para seguimiento por equipo de Coloproctología.

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:
Ca de recto medio

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO
[illegible]
[illegible]

[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

# Períodos sin Información

AFP HABITAT
Seguridad y Confianza

6 de septiembre de 2026

Sr(a) CLAUDIO ANDRES CABELLO ARAYA

Rut : 14.447.250 -0

De acuerdo a nuestros registros, informamos a Usted que en el periodo agosto de 2025 a agosto de 2026 su Cuenta Individual en AFP Habitat no registra pago ni declaración de Cotizaciones Obligatorias, según el siguiente detalle:

| | MESES SIN INFORMACION | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Total Meses |
| 2025 | | | | | | | | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | 5 |
| 2026 | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | Sin Registro | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | | | | **Total** | 12 meses |

Total de meses sin información: 12 meses

Si esta información no es correcta, verifique con su empleador los antecedentes de pago de sus Cotizaciones Obligatorias.

Saluda atentamente a usted,

ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES HABITAT S.A.

**A.F.P. HABITAT**

**Folio N°: cb966c50-2e8a-426a-b4c2-c30389d67641**

Este certificado tiene una validez de 30 días a contar de su fecha de emisión.
Puede consultar su validez, ingresando a **www.afphabitat.cl** en la opción Validador de Certificados

FONDO AUTÓNOMO PROTECCIÓN PREVISIONAL

AFP Capital Una empresa sura

# Liquidación Consolidada de Pensión

**Folio de certificación: 052D0-CFB8A-9FE26-40EFD-5 (*)**

Santiago, 6 de septiembre de 2026

| Modalidad de pensión | Tipo de pensión | N° liquidación |
|---|---|---|
| RETIRO PROGRAMADO | VEJEZ EDAD | 55740718 |

| Pensión (UF) | Periodo de pago | Desde | Hasta | Fecha de pago | Valor UF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,50 | Agosto 2026 | 01/08/2026 | 31/08/2026 | 17/08/2026 | 40.856,64 |

| RUT Causante | Nombre causante | Agencia de pago |
|---|---|---|
| 7.379.350-5 | ARAYA FUENTES GRICELDA DEL CARMEN | BANCO ESTADO |

| RUT Receptor | Nombre receptor | Salud |
|---|---|---|
| 7.379.350-5 | ARAYA FUENTES GRICELDA DEL CAR | FONASA |

| HABERES($) | | DESCUENTOS($) | |
|---|---|---|---|
| Pensión | 20.428 | Salud | 18.366 |
| Gar.Est./Aju.P.Min(*) | 0 | Bonif.Salud Ley 20531 Mes | -18.366 |
| Aporte APS | 0 | Bonif.Salud Ley 20531 Retroactivo | 0 |
| Aporte PGU | 231.732 | Salud Legal a Pagar | 0 |
| Bono Compensatorio | 0 | Salud Adicional a Pagar | 0 |
| Benef. años cotizados | 0 | Impuesto | 0 |
| Compensación por dif. de expectativa de vida | 10.211 | Otros Descuentos | 0 |
| Otros Haberes | 0 | Comisión | 0 |
| | | Aporte CCAF | 2.624 |
| | | Descuento CCAF | 0 |
| | | Aporte COOP | 0 |
| | | Descuento COOP | 0 |
| | | Aporte/Participación COOP | 0 |
| Total Haberes | 262.371 | Total Descuento | 2.624 |

(*)Garantía Estatal / Complemento Pensión Mínima

PAGO DE PENSION CON RECALCULO ANUAL EFECTUADO

| Pensión neta($) | 259.747 | Asignación familiar($) | 0 | Monto líquido a pagar($) | 259.747 |
|---|---|---|---|---|---|

FONDO AUTÓNOMO PROTECCIÓN PREVISIONAL

AFP Capital Una empresa sura

# Liquidación Consolidada de Pensión

**Folio de certificación: 052D0-CFB8A-9FE26-40EFE-3 (*)**

Santiago, 6 de septiembre de 2026

| Modalidad de pensión | Tipo de pensión | N° liquidación |
|---|---|---|
| RETIRO PROGRAMADO | VEJEZ EDAD | 55128073 |

| Pensión (UF) | Periodo de pago | Desde | Hasta | Fecha de pago | Valor UF |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,54 | Julio 2026 | 01/07/2026 | 31/07/2026 | 17/07/2026 | 40.844,79 |

| RUT Causante | Nombre causante | Agencia de pago |
|---|---|---|
| 7.379.350-5 | ARAYA FUENTES GRICELDA DEL CARMEN | BANCO ESTADO |

| RUT Receptor | Nombre receptor | Salud |
|---|---|---|
| 7.379.350-5 | ARAYA FUENTES GRICELDA DEL CAR | FONASA |

| HABERES($) | | DESCUENTOS($) | |
|---|---|---|---|
| Pensión | 22.056 | Salud | 18.480 |
| Gar.Est./Aju.P.Min(*) | 0 | Bonif.Salud Ley 20531 Mes | -18.480 |
| Aporte APS | 0 | Bonif.Salud Ley 20531 Retroactivo | 0 |
| Aporte PGU | 231.732 | Salud Legal a Pagar | 0 |
| Bono Compensatorio | 0 | Salud Adicional a Pagar | 0 |
| Benef. años cotizados | 0 | Impuesto | 0 |
| Compensación por dif. de expectativa de vida | 10.206 | Otros Descuentos | 0 |
| Otros Haberes | 0 | Comisión | 0 |
| | | Aporte CCAF | 2.640 |
| | | Descuento CCAF | 0 |
| | | Aporte COOP | 0 |
| | | Descuento COOP | 0 |
| | | Aporte/Participación COOP | 0 |
| Total Haberes | 263.994 | Total Descuento | 2.640 |

(*)Garantía Estatal / Complemento Pensión Mínima

| Pensión neta($) | 261.354 | Asignación familiar($) | 0 | Monto líquido a pagar($) | 261.354 |
|---|---|---|---|---|---|

JUNTA DE VECINOS POB. ZAROR
UNIDAD VECINAL Nº 26 - PERSONALIDAD JURIDICA Nº 63-92
LOS JAZMINES Nº 425 - CERRILLOS

JUNTA DE VECINOS · POBLACION ZAROR · Pers. Jurid. 63-92 · CERRILLOS

# CERTIFICADO DE RESIDENCIA

VALOR $ 1.000

Nº 002802

Cerrillos 26 de Junio de 2025

CERTIFICA QUE DON(A) CLAUDIO CABELLO AZAYA

RUT: 14.447250-0

TIENE SU DOMICILIO EN: LOS ROSALES Nº 325

DE ACUERDO A LA LEY 19418 SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO EN

SECRETARIO

PRESIDENTE

# Cartola Hogar

**CLAUDIO ANDRÉS CABELLO ARAYA**
LOS ROSALES, #325, Casa: Cada 325, Agrupación Habitacional: ZAROR - PB, Localidad: CERRILLOS - VILLA MÉXICO (CIUDAD), CERRILLOS

**Número de Folio: #40468673**
Última actualización de información: 20/08/2026
Fecha de consulta: 09/09/2026

Registro Social de hogares

## ¿Cuál es el tramo de mi hogar?

**0 a 40%**

| TRAMO | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Según los tramos de vulnerabilidad socioeconómica, tu hogar se ubica en el Tramo 40 (0% al 40%).

## ¿Qué información se considera para el tramo de mi hogar?

El tramo de tu hogar se define utilizando información autorizada, entregada por personas del hogar y ajustada con datos almacenados por las instituciones del Estado.

El cálculo del tramo considera principalmente tres factores:

### 1. Total de personas en tu hogar con:

| DISCAPACIDAD | DEPENDENCIA | INVALIDEZ | NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 1 | 0 |

### 2. Personas que conforman el hogar:

| TOTAL | -18 AÑOS | +60 AÑOS |
|---|---|---|
| 2 | 0 | 1 |

### 3. Ingresos de las personas que conforman el hogar:

| | |
|---|---|
| Trabajo | No tiene |
| Pensión y/o Jubilación | Entre $450.000 y $545.000 |
| Capital (ej. inversiones) | No tiene |
| TOTAL INGRESOS HOGAR | Entre $450.000 y $545.000 |

*Ingresos observados en los últimos 12 meses disponibles.*

## ¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

*Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.*

- ☐ Bienes raíces de alto o muy alto valor
- ☐ Plan de salud de alto o muy alto costo
- ☐ Vehículos de alto o muy alto valor
- ☐ Altos o muy altos ingresos del padre o madre fuera del hogar
- ☐ Establecimiento educacional de alto costo

## ¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 2 personas

| RUT | Integrantes | Parentesco | -18 años | +60 años | Persona cuidadora |
|---|---|---|---|---|---|
| 7.379.XXX-X | Gricelda del Carmen Araya Fuentes | Jefe(a) de hogar | ☐ | ☑ | ☑ |
| 14.447.XXX-X | Claudio Andrés Cabello Araya | Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar | ☐ | ☐ | ☐ |

*Información reportada por los integrantes del hogar.*

### Conoce beneficios y realiza trámites

- Consulta beneficios recibidos.
- Actualiza tu Registro Social de Hogares.
- Accede a tus trámites en línea.
- Revisa apoyos y prestaciones del Estado.

Ingresa en Ventanilla Única Social >

Escanea el QR y conoce todos los beneficios

### Consultas y ayuda

- Ingresa al sitio web desde este enlace: www.ventanillaunicasocial.gob.cl
- Acércate a tu municipio o visita las sucursales de ChileAtiende.
- Llama al 800-104-777 o 800-719-002, (opción 1).

Esta cartola fue impresa el 9 de septiembre a las 10:39 hrs. Clave Unica Código 137-938-048