



Puerto Williams, 16 JUL 2019

**VISTOS Y CONSIDERANDO:**

- La Sentencia de Proclamación del Tribunal Electoral Regional de Punta Arenas, de fecha 28 de Noviembre de 2016;
- El Acta de la sesión Constitutiva del Concejo de Cabo de Hornos, de fecha 06/12/2016;
- Las Facultades y atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, Texto Refundido, Orgánica Constitucional de Municipalidades.;
- El Decreto Alcaldicio N° 753 de fecha 27/11/2018, de la Ilustre Municipalidad de Cabo de Hornos, que aprueba el Presupuesto Municipal del año 2019;
- El Decreto N°208 de fecha 13/04/2016, que aprueba el reglamento de Ayuda Social;
- El Decreto Alcaldicio N°461 de fecha 02/07/2019, que designa Alcaldesa (s) de la Comuna de Cabo de Hornos a doña Johanna Cardenas Vargas;
- El Memorándum N°332 de fecha 15/07/2019, de jefa Depto. Desarrollo Comunitario, informando a Srta. Alcaldesa la entrega del Beneficio;
- actas de entrega, Informe social.

**DECRETO:**

**1° AUTORIZASE**, la entrega de ayuda social, a la persona que se individualiza:

| N° | Nombre     | Apellidos         | Rut | Ayuda                                    | Valorizada  |
|----|------------|-------------------|-----|--|-------------|
| 1  | Víctor     | Barria Calbuqueo  |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 2  | Horacia    | Muñoz Martínez    |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 3  | Nicale     | Jara Martínez     |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 4  | Patricio   | Chiguay Calderón  |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 5  | José       | Parancan Parancan |     | 1 recarga de gas 45 kilos                | \$31.550    |
| 6  | Prasperina | Galinda Galinda   |     | 1 andador con ruedas delanteras          | \$99.980    |
| 7  | Patricia   | Galindo Ferreira  |     | Apoyo social en dinera con fines médicas | \$1.000.000 |

| Cuenta        | Denominación                           | AG | SP | CC |
|---------------|--|----|----|----|
| 215.24.01.007 | Asistencia Social a personas naturales | 04 | 01 | 02 |

Lo anterior de acuerdo a los antecedentes mencionados en los **VISTOS** y **CONSIDERANDO**.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE A QUIEN CORRESPONDA Y UNA VEZ HECHO, ARCHÍVESE.**

**LUCIANO SAAVEDRA PEREZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

**JOHANNA CARDENAS VARGAS**  
**ALCALDESA (S)**



Puerto Williams, 15 de julio 2019

**MEMORANDUM N° 332**

**A: ALCALDESA (S) DE LA COMUNA DE CABO DE HORNOS  
DOÑA JOHANNA CÁRDENAS VARGAS**

**DE: JEFA (S) DEPTO. DESARROLLO COMUNITARIO  
DOÑA ANGELICA FILOSA URIBE**

Junto con saludar, por medio del presente, informo a Ud. extinción subsidio de agua potable a los usuarios que se indican:

| N° | Nombre     | Apellidos         | Rut | Ayuda                                    | Valorizada  |
|----|------------|-------------------|-----|--|-------------|
| 1  | Víctor     | Barria Calbuqueo  |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 2  | Horacio    | Muñoz Martínez    |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 3  | Nicole     | Jara Martínez     |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 4  | Patricio   | Chiguay Calderón  |     | 2 m3 de leña                             | \$45.000    |
| 5  | José       | Parancan Parancan |     | 1 recarga de gas 45 kilos                | \$31.550    |
| 6  | Prosperina | Galinda Galindo   |     | 1 andador con ruedas delanteras          | \$99.980    |
| 7  | Patricia   | Galindo Ferreira  |     | Apoyo social en dinero con fines médicos | \$1.000.000 |

Sin otro particular, se despide atentamente

  
*Angelica Filosa Uribe*  
**ANGÉLICA FILOSA URIBE**  
**JEFA (S) DEPTO. DESARROLLO COMUNITARIO**

ECV/afu  
DISTRIBUCIÓN:  
1. ALCALDÍA  
2. DDC  
3. DDC SOCIAL

Puerto Williams ,11 de julio de 2019

## MEMORANDUM N°329

**A : DIRECTORA DE OBRAS MUNICIPALES  
DOÑA CRISTINA GAETE CORTES .**

**DE : JEFE (S) DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DOÑA PAMELA TAPIA VILLARROEL**

Por medio del presente, adjunto y remito a Ud. copia de actas de entrega de leña social a 4 beneficiarios y 1 apoyo a sede comunitaria de acuerdo al siguiente listado, información otorgada por el funcionario municipal don Pedro Cárdenas Muñoz.:

| Nombre Beneficiario  | Fecha de Entrega | Cantidad        |
|----------------------|------------------|-----------------|
| Victor Barria C.     | 09.07.2019       | 2 mts 3         |
| Horacio Muñoz        | 09.07.2019       | 2 mts 3         |
| Nicole Jara          | 09.07.2019       | 2 mts 3         |
| Patrio Chiguay       | 09.07.2019       | 2 mts 3         |
| Sede Comunidad Yagan | 09.07.2019       | 2 mts 3         |
|                      | <b>TOTAL</b>     | <b>10 mts 3</b> |

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud;

  
**ENRIQUE CAMBLOR VILA**  
**JEFE(S) DEPTO. DESARROLLO COMUNITARIO**

ECV / evc

Distribución:

1. DOM
2. DIDECO
3. Social ✓
4. Archivo



ACTA ENTREGA LEÑA

AYUDA SOCIAL

NOMBRE : Victor Borrás P.

RUT : .....

DIRECCION : Costanera # 516 (interior)

| FECHA       | CANTIDAD / DESCRIPCION |
|-------------|------------------------|
| 09.04.2019. | 2 mts 3                |

MUNICIPALIDAD DE CABO DE HORNOS  
ASISTENTE SOCIAL  
[Signature]  
ASISTENTE SOCIAL

[Signature]  
BENEFICIARIO



ACTA ENTREGA LEÑA

AYUDA SOCIAL

NOMBRE : Honorio Muñoz

RUT : .....

DIRECCION : Puerto Pardo # 266.

| FECHA      | CANTIDAD / DESCRIPCION |
|------------|------------------------|
| 09.09.2019 | 2 mts 3                |

MUNICIPALIDAD DE CABO DE HORNOS  
ASISTENTE SOCIAL  
\* XII REGION \*

*[Signature]*  
ASISTENTE SOCIAL

*[Signature]*  
BENEFICIARIO



ACTA ENTREGA LEÑA

AYUDA SOCIAL

NOMBRE : Nicole Toral

RUT : .....

DIRECCION : Puerto Fardo

| FECHA      | CANTIDAD / DESCRIPCION |
|------------|------------------------|
| 09.09.2019 | 2 mts <sup>3</sup>     |

MUNICIPALIDAD DE CABO DE HORNO  
ASISTENTE SOCIAL  
[Signature]  
ASISTENTE SOCIAL

[Signature]  
16.09.2019  
BENEFICIARIO



ACTA ENTREGA LEÑA

AYUDA SOCIAL

NOMBRE : Petisco Chicooy  
RUT : .....  
DIRECCION : Dpto. Chilo S/K

| FECHA             | CANTIDAD / DESCRIPCION |
|-------------------|------------------------|
| <u>09.01.2019</u> | <u>2 mts 3.</u>        |



[Signature]

ASISTENTE SOCIAL

X [Signature]

BENEFICIARIO



ACTA ENTREGA LEÑA

APOYO A ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

NOMBRE: Pomuriled Yocou  
RUT: .....  
DIRECCION: Tide UKiKQ

| FECHA      | CANTIDAD / DESCRIPCION |
|------------|------------------------|
| 09.07.2019 | 2 mts 3.               |

ASISTENTE SOCIAL

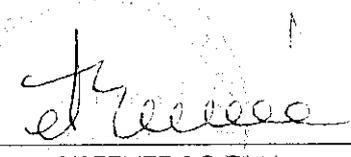
BENEFICIARIO

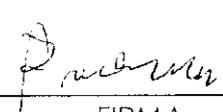
Fecha:

## ACTA DE RECEPCIÓN

Don/ña José Pavonem P, Rut..... Declara que recibió conforme por parte de la Municipalidad de Cabo de Hornos, lo que se detalla a continuación:

| CANTIDAD | DETALLE             |
|----------|---------------------|
| 1        | Recarga de Sn 45 kg |
|          | \$ 31.500.          |
|          |                     |
|          |                     |
|          |                     |
|          |                     |
|          |                     |
|          |                     |

  
ASISTENTE SOCIAL

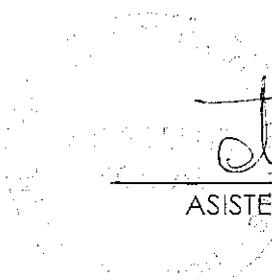
  
FIRMA

Fecha:

**ACTA DE RECEPCIÓN**

Don/ña Prósperina Galindo, Rut..... Declara que recibió conforme, por parte de la Municipalidad de Cabo de Hornos, lo que se detalla a continuación:

| CANTIDAD | DETALLE                        |
|----------|--------------------------------|
| 1        | Arrolada en cueros<br>debratas |
|          | \$ 99.980.-                    |
|          |                                |
|          |                                |
|          |                                |
|          |                                |
|          |                                |
|          |                                |

  
[Signature]  
ASISTENTE SOCIAL

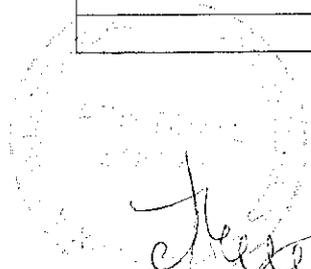
Prósperina Galindo  
FIRMA

Fecha:

**ACTA DE RECEPCIÓN**

Don/ña *Patricia Galindo*, Rut..... Declara que recibió conforme, por parte de la Municipalidad de Cabo de Hornos, lo que se detalla a continuación:

| CANTIDAD | DETALLE                |
|----------|------------------------|
| 1        | Apoyo social en dinero |
|          | efectivo \$            |
|          | 1.000.000              |
|          |                        |
|          |                        |
|          |                        |
|          |                        |
|          |                        |



*[Handwritten signature]*

ASISTENTE SOCIAL

*Patricia Galindo*

FIRMA



## INFORME SOCIO ECONOMICO

FECHA DE ATENCIÓN: 02/07/2019

### IDENTIFICACION

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre                           | Patricia Daniela Galindo Ferreira |
| Fecha de nacimiento              | 12/02/1987                        |
| Edad                             | 32 años                           |
| Cedula de identidad              |                                   |
| Teléfono                         |                                   |
| Numero de contacto               |                                   |
| Dirección                        |                                   |
| Correo electrónico               | Patricia.galindo121751@ gmail.com |
| Ficha social N°                  | 259                               |
| Registro Social Hogares          | Sí    X                      No   |
| Tramo Registro Social de Hogares | 40%                               |
| Previsión                        | Fonasa                            |
| Acreditación indígena            | Mapuche Huilliche                 |
| Comuna de residencia             | Cabo de Hornos                    |
| Nacionalidad                     | Chilena                           |

### OCUPACION

|                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| Profesión                 | ---                             |
| Trabajo actual            | Manipuladora de alimentos       |
| Permanencia en el trabajo | 6 años                          |
| Lugar de trabajo (ultimo) | Jardín Ukika                    |
| Contrato                  | Sí    X                      No |

### SITUACION CONYUGAL

|                 |   |
|-----------------|---|
| CASADO          |   |
| VIUDO           |   |
| CONVIVIENTE     |   |
| SOLTERO         | X |
| NUMERO DE HIJOS | 2 |



## SITUACION ECONOMICA

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Ingreso mensual | \$1.343.596 + \$ 495.002 |
| Total Ingreso   | \$1.838.598              |

## DECLARACION DE GASTOS

|   |   |
|---|---|
| Alimentación                                      | \$140.000                               |
| Útiles de aseo                                    | \$20.000                                |
| Arriendo  | ---                                     |
| Dividendo   | ---                                     |
| Luz   | \$61.000                                |
| Agua  | \$49.600                                |
| Gas   | \$31.550                                |
| Leña  | \$45.000                                |
| Tv Cable  | \$16.380                                |
| Combustible                                       | \$80.000                                |
| Teléfono  | Plan \$9.990 Recarga \$2.000 (\$11.990) |
| Movilización                                      | ---                                     |
| Medicamentos, vestuario, etc.                     | \$620.000                               |
| Educación   | ---                                     |
| Créditos (casas comerciales, bancos, financieras) | \$401.500                               |
| Total egresos                                     | \$1.477.020                             |
| Ingresos  | \$1.838.598                             |
| superavit   | \$361.578                               |

### Observaciones:

Gastos informados incluye los ingresos de su pareja. Ambos ingresos tienen bonos semestrales. Gastos de medicamentos, son mensuales, medicamento suministrado a su hija, alrededor de \$61.000 mensuales. Boletas de servicios tiene saldos anteriores. Se suma al presente mes costo a examen que debe realizar a su hija, en Clínica Magallanes, valor que asciende a \$420.000.



## INTEGRANTES GRUPO FAMILIAR

| Nombre y Apellido                 | Rut | Parentesco    | edad | Nivel educacional           | Categoría Ocupacional  | Promedio ingreso mensual |
|-----------------------------------|-----|---------------|------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|
| Sergio Corrales Nahuelñier        |     | Jefe de hogar | 35   | Enseñanza media completa    | Trabajador dependiente | \$1.343.596              |
| Patricia Daniela Galindo Ferreira |     | Pareja        | 32   | Enseñanza media completa    | Trabajador dependiente | \$495.002                |
| Corrales Galindo                  |     | Hija          | 10   | Enseñanza básica<br>5to año | Estudiante             |                          |
| Corrales Galindo                  |     | Hijo          | 8    | Enseñanza básica<br>3er año | Estudiante             |                          |

## ANTECEDENTES DE VIVIENDA

|                        |   |
|------------------------|---|
| Propia Pagada          |   |
| Arrendada              |   |
| Allegados              |   |
| Allegados sitio        |   |
| Arriendo               |   |
| Casa Cedida            | X |
| Otro (especificar)     |   |
| Postulación a vivienda | X |

### Observaciones:

Habitación casa de dos dormitorios, baño, y una habitación que cumple funciones de cocina - living-comedor.  
Vivienda es de empresa en que trabaja jefe de hogar, actualmente cedida. Vivienda es de material ligero, en general en mal estado. Calefacción es a través de estufa Bosca a leña. La vivienda de esta usuaria, sufrió un siniestro hace dos años, ocasión en que la Municipalidad e Cabo de Hornos, apoyo con pago de cabaña de la Armada, por el periodo que vivienda fue reparada. Usuaría Patricia Galindo Ferreira, postula a vivienda a través de Comité.



### TIPO DE VIVIENDA

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| Casa         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Departamento |                                     |
| Pieza        |                                     |
| Mediagua     |                                     |

### EXISTENCIA DE HACINAMIENTO

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Número de personas    | 4   |
| Número de dormitorios | 2   |
| Número de camas       | 3   |
| Hacinamiento          | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No |

### POSESION DE VEHÍCULOS

Sí  Año 2012

No \_\_\_\_\_

### CONDICION DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR

Posee integrantes con enfermedad grave o crónica Sí  No \_\_\_\_\_

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Aracxy Corrales Galindo | Cuadro de infecciones.<br>Afección renal en estudio |
|-------------------------|---|



### CATEGORÍA DE SOLICITUD DE APOYO SOCIAL:

|   |                            |  |  |
|---|----------------------------|--|--|
|   | Agua potable               |  | Ayudas técnicas (especificar)                |
|   | Electricidad               |  | Solución habitacional transitoria (Arriendo) |
|   | Gas                        |  | Alimentos                                    |
|   | Leña                       |  | Pañales                                      |
|   | Pago Deuda Hospitalaria    |  | Materiales de construcción                   |
|   | Medicamentos               |  | Pasajes aéreos                               |
|   | Artículos Higiene personal |  | Pasajes Ferry                                |
|   | Vestuario                  |  | Atención de salud (exámenes)                 |
|   | Electrodomésticos          |  | Mobiliario (muebles, colchones)              |
|   | Arancel escolar            |  | Artículos escolares                          |
| x | Otros (especificar)        |  |  |

Otros:

Aporte en dinero.

### SITUACION ACTUAL:

Usuaría entrega carta a través de oficina de parte para dar a conocer situación de salud de su hija Dorrales Galindo, la que tiene un cuadro clínico no definido. Esta con tratamiento desde hace 6 años y por lo que les dijo médico, deben hacer exámenes y tratamiento renal. Aprovechando las vacaciones, viajara a Punta Arenas, donde no tienen donde hospedar, para que reciba atención de obstetra infante - juvenil y realicen un examen en Clínica Magallanes. Con este último examen, se deben presentar en Santiago en Fundación Mater, que está ubicado en comuna de San Miguel, lugar donde tampoco cuentan con redes de apoyo y por lo tanto deben buscar hospedaje. Como desconocen cuanto tiempo se quedarán y por los altos costos de hotel, se evalúa que puedan arrendar un departamento en las cercanías de la fundación. A través de contactos, se pudo averiguar que arriendos de departamentos bordean los \$450.000.

Familia cuenta tal como lo señala su carta dinero para pagar examen en Punta Arenas, el que tiene un costo de \$420.000.

Los ingresos de esta familia son por trabajos de padres de Aracxy, pero como toda familia también tienen egresos importantes. Detallados en Cuadro de egresos e ingresos.



## OPINION PROFESIONAL

De acuerdo a lo informado, doña Patricia Galindo Ferreira, se encuentra en estado de necesidad manifiesta, considerando que los gastos a solventar son en parte inciertos, pues dependerá de la interpretación del examen a realizar en Clínica Magallanes y diagnóstico que informe Fundación Mater, además agregar costos en pasajes aéreos, alimentación y hospedaje. Realizado el análisis de su situación actual y respaldada en el Reglamento de Ayuda Social, se solicita se autorice apoyo social consistente en un monto de **\$1.000.000.**

### Respaldo en Reglamento de Ayuda Social, en artículo:

- ART. 15°:**
- a) Se proveerá de **ALIMENTACIÓN, GAS** y/o **LEÑA**, así como ayuda en **DINERO EFECTIVO** a las familias indigentes, pobres o que presenten vulnerabilidad y/o necesidad manifiesta en estos rubros. Se incluye entre las ayudas sociales:
  - b) Cancelación de arriendo, por un periodo de hasta tres meses, Previa evaluación de los documentos que acrediten la transparencia del contrato, como así también se cancelara en aquellas situaciones especiales de emergencia (salud, desalojo, siniestros)
  - c) Hospedaje en la Comuna o en la ciudad de Punta Arenas.

Es cuanto puedo informar,



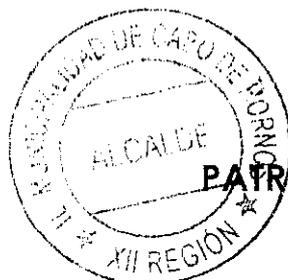
## MEMORANDUM N° 745

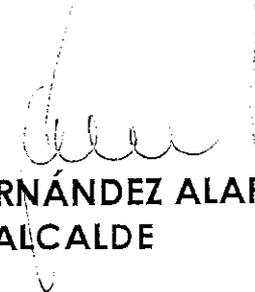
**DE : ALCALDE I. MUNICIPALIDAD CABO DE HORNOS  
DON PATRICIO FERNÁNDEZ ALARCÓN**

**A : ASISTENTE SOCIAL  
DOÑA ANGELICA FILOSA URIBE**

Por medio de la presente, me es grato saludar a Usted y dar a conocer que en sesión de Concejo celebrada el día 1 de julio del presente año el Alcalde recibió de parte de la Concejal Carolina Guenel Gonzalez una carta de solicitud de apoyo social la cual paso a dar lectura en sesión.

Remito a usted carta para proceder a evaluar conforme al reglamento de ayudas sociales.



  
**PATRICIO FERNÁNDEZ ALARCÓN  
ALCALDE**

PFA / egv

DISTRIBUCIÓN:

1. Asistente Social
2. Jefa Dideco
3. Alcaldía

01 de julio de 2019

Señor.

Jaime Fernández Alarcón.

Alcalde de I. Municipalidad Cabo de Hornos.

Presente.

Junto con saludarlo muy cordialmente, expongo mi caso, tengo mi hija de 10 años que se encuentra delicada de salud, hace 6 años, por lo que sólo la hemos tratado acá sin mayores resultados, ya que ella necesita un especialista, y aun no tenemos un diagnóstico certero a lo que tiene, hemos ido y preguntado por muchos lugares, hasta ahora tengo una hora médica con un especialista para empezar a descartar diagnósticos, aquel examen tiene un costo de \$ 420.000 en la Clínica Magallanes, ya que en Hospital Clínico no lo realizan, además de acuerdo a lo indicado, igual tendré que realizar otro tipo de exámenes que por el momento no tengo las cifras exacta.

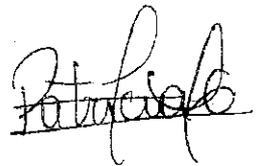
Envío esta solicitud para solicitar una ayuda al tratamiento de mi hija, ya que para el examen mencionado tengo el dinero, pero no cuento para los demás que tendría que realizar, también necesito pagar estadía en la Ciudad de Punta Arenas, ya que por lo que todos sabemos es un costo muy alto el tener que arrendar y la locomoción .

**ADJUNTO INFORME MÉDICO.**

Sin otro particular, me despido y quedo atenta a la buena acogida a mi solicitud.

Atte.

Patricia Galindo



Celular:

Dr. Ramón Asencio  
Gineco-obstetra HCM

**A \_\_\_\_\_ Corrales Galindo**

**Rut: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_**

**Diagnóstico: ITU a repetición de etiología no determinada**

Paciente procedente de Puerto Williams con antecedente de infecciones de tracto urinario alto y bajo a repetición desde los 5 años, con múltiples infecciones de tracto urinario durante este año, 6 episodios en los últimos 5 meses. Durante periodos de ausencia de infección, se mantiene con antibiopprofilaxis por indicación de nefrólogo tratante, aunque cada vez menos efectiva debido a lo recurrente de los episodios. Presenta ecografía renal y pélvica del 20-11-2018 que informa aumento de volumen residual **postmiccional de 122cc** y un engrosamiento parietal vesical difuso con un contorno interno irregular. La paciente no cuenta con algún otro tipo de estudio reciente y los recurrentes episodios de ITU alta han tenido que ser manejados con tratamiento endovenoso por lo que se hace necesaria una segunda opinión y/o reevaluación de la patología y así poder determinar si se trata de patología funcional, estructural, obstructiva, neurológica u otra.

Cristopher Faúndez P.

Medico EDF Hospital Comunitario de Puerto Williams

# Registro Social de Hogares Plataforma Municipal

 Angelica María Filosa Uribe [ Encargado Comunal - CABO DE HORNOS (EX - NAVARINO) ]

**PATRICIA DANIELA GALINDO FERREIRA**

**Run:**

Fecha de ingreso al Registro: 13/06/2013

Fecha de actualización del Registro: 18/10/2017

Número de Registro

**Nº 42638142**

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 22 de Junio de 2019 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Agosto 2019.

Si alguno de los datos a continuación no reflejan su situación actual, deberá **ingresar una solicitud** (<https://rshmunicipal.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/solicita-run/3>) para actualizar, rectificar o complementar la Información en el Registro Social de Hogares.

## Domicilio del hogar

Calle

Número

Block 0  
/Edificio

Depto. 0

Casa 0

Sector /

Referencia

Población / Villa / BARRIO RESIDENCIAL -PB

Condominio

Comuna CABO DE HORNOS (EX - NAVARINO)

Región MAGALLANES Y DE LA ANTÁRTICA CHILENA

Si los datos de su domicilio están desactualizados, usted debe realizar una **Solicitud de Actualización del domicilio**. Actualice su información aquí [☞](https://rshmunicipal.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/solicita-run/3) (<https://rshmunicipal.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/solicita-run/3>).

Fuente del dato

## Integrantes del hogar

| RUN | Nombre  | Edad    | Parentesco con jefe/a de hogar                 |
|-----|---|---------|--|
|     | PATRICIA DANIELA GALINDO FERREIRA <a href="#">Ver mis datos</a> | 32 años | 1. Jefe(a) de hogar <a href="#">Informante</a> |
| 2   | ARACXY DANA E CORRALES GALINDO                                  | 10 años | 4. Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar           |
|     | IGNACIO ANTONIO CORRALES GALINDO                                | 8 años  | 4. Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar           |

Si los datos de los integrantes de su hogar no corresponden a su situación actual, usted debe realizar una **Solicitud de Actualización**. Actualice su información aquí. [☞](https://rshmunicipal.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/solicita-run/3) (<https://rshmunicipal.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/solicita-run/3>)

Nº de integrantes: **3 personas**

Fuente del dato

| Fuente de ingreso  | Rango                              |
|--|------------------------------------|
| Ingreso del trabajo                 | Entre \$350.000 y \$445.000        |
| Ingreso de pensiones                | Menor que \$50.000                 |
| Ingreso de capital                  | Menor que \$50.000                 |
| <b>Total de ingresos del hogar </b> | <b>Entre \$350.000 y \$445.000</b> |

Si el ingreso promedio mensual de los últimos 12 meses de su hogar no está en este rango, usted puede revisar sus datos haciendo click en **Mis datos**  (<https://rshmunicipal.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/cartola-individual>)

Si hay otros integrantes de su hogar que generan ingresos, estos deben revisar su información accediendo con su clave personal.

Calificación socioeconómica

Su hogar está calificado en el tramo del 0% al 40%.

0% al 40%

0%  
+ Mayor Vulnerabilidad - Menores ingresos

- Menor Vulnerabilidad + Mayores ingresos

100%

 Imprimir cartola

## Importante

Para aclarar dudas o realizar una consulta o sugerencia, llame gratis desde celulares o red fija, de lunes a viernes (días hábiles) de 9:00 a 19:00 horas al teléfono 800 104 777 (tel:+56800104777)

Ingresando a [www.registrosocial.gob.cl](http://www.registrosocial.gob.cl) (<http://www.registrosocial.gob.cl/>) usted encontrará respuestas a sus preguntas más frecuentes y podrá realizar consultas o sugerencias.