

INSTITUTO DE NORMALIZACION
PREVISIONAL
SECRETARIA GENERAL
JBP/aesr.10.09.91.

ORD.: S.G. N° 3756-91-4

ANT.: Su Oficio GAB. PRES. (O) N°-91/
1143 de fecha 11 de Abril 1991.

MAT.: Informa sobre presentación de
don (ña) SILVIA EDEN HIDALGO AGUI
LERA.

REPUBLICA DE CHILE			
PRESIDENCIA			
REGISTRO Y ARCHIVO			
NR.	9118961		
A:	17 SEP 91		
P.A.A.	<input type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
		P.V.S.	<input checked="" type="checkbox"/>
		J.R.A.	<input type="checkbox"/>

SANTIAGO, 13 SEP 1991

DE : SECRETARIO GENERAL
INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL

A : SEÑOR JEFE DE GABINETE PRESIDENCIAL

14573

De conformidad a lo requerido en su Oficio individualizado en Antecedente, y por instrucciones del señor Director, adjunto remito a usted copia de la respuesta dada por este Instituto, a la presentación que elevara ante S.E. el Presidente de la República, el (la) recurrente indicado (a) en la suma.

Saluda atentamente a usted,



JACQUELINE BIZAMA POMMIEZ
SECRETARIO GENERAL
I.N.P.

Incl.: Copia de carta respuesta
Devuelve antecedentes (4 fjs.)

DISTRIBUCION:

- Sr. Jefe de Gabinete Presidencial
- Archivo Secretaría General

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
16 SEP 1991
ARCHIVO PRESIDENCIAL

INSTITUTO DE NORMALIZACION
PREVISIONAL
SECRETARIA GENERAL
JBP/aesr.09.9.91.

CARTA : S.G.N° 3756-91-3.-

SANTIAGO,

19 SEP 1991

SEÑORA
SILVIA EDEN HIDALGO AGUILERA
LA SERENA N° 8644
VILLA IGNACIO SERRANO
COMUNA LA GRANJA
SANTIAGO

De mi consideración :

El Gabinete Presidencial ha remitido a este Instituto para su correspondiente atención, la presentación que Ud. elevara ante S.E. el Presidente de la República, en la que solicita revisión de su situación previsional.

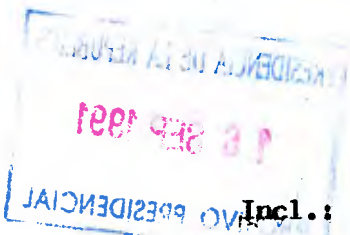
Sobre el particular, y de acuerdo a Oficio DSO/CH/1726/91 de 22 de Julio de 1991, de la A.F.P.UNION, cuya fotocopia se adjunta, su cónyuge fallecido don Carlos Alberto Carvajal Martinez, registra afiliación desde el 10 de Noviembre de 1981 en la - A.F.P. que se indica.

Por consiguiente, usted deberá canalizar a través de la Administradora de Fondos de Pensiones UNION, los derechos previsionales que le corresponderían.

Saluda atentamente a usted.,



JACQUELINE BIZAMA POMMIEZ
SECRETARIO GENERAL
I.N.P.



Incl.: Documento que indica

c.c. Sr.Jefe de Gabinete Presidencial.

SECRETARÍA DE GOBIERNO
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE P.R.
SAN JUAN, P.R.

DATA : 02.09.1991

DATA :

ASISTENTE SOCIAL
MILITARIA
MILITARIA
MILITARIA
MILITARIA
MILITARIA

En el presente se...

El presente documento...

Se informa que...

Por medio de...

En el presente...

SECRETARÍA DE GOBIERNO
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE P.R.
SAN JUAN, P.R.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
16 SEP 1991
ARCHIVO PRESIDENCIAL

SECRETARÍA DE GOBIERNO

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE P.R.



DSO/CH/1726/91
SANTIAGO, 22 de Julio de 1991

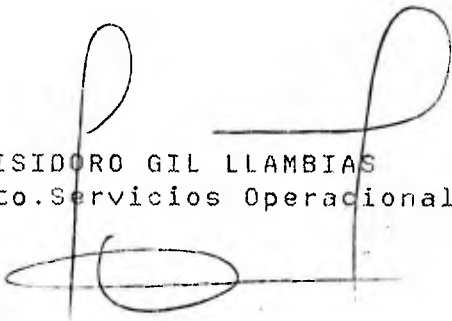
Señora
Uberlinda Henríquez Valdés
Jefe Oficina Pensiones Ex. S.S.S.
Prestaciones
Santiago

De mi consideración:

En atención a lo solicitado en su carta G.D.B.N°30607, del 17 del presente informo a usted lo siguiente:

Fecha de afiliación que registra en nuestra A.F.P. el Sr. CARLOS CARVAJAL MARTINEZ, RUT. 1.510.421-K, es 10.11.81.

Saluda atentamente a usted,


ISIDORO GIL LLAMBIAS
Jefe Dpto. Servicios Operacionales

IGLL/

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
16 SEP 1991
ARCHIVO PRESIDENCIAL

Que su Libreta de Seguro tiene el N°24.821.813. Póliza N°631204, de Santiago.

Que la suscrita prosiguió haciendo los trámites pertinentes para lograr esa tramitación y conseguir, por último el monto que le hubiera correspondido como viuda.

Que la suscrita no consiguió nada, desistiendo posteriormente continuar con esto, por no disponer de los medios económicos.

Que el estuvo atendiéndose, por diversas enfermedades, hasta el año pasado, en el Hospital Sótero del Río, donde se atendía con su Libreta de Seguro.

Que, al fallecer, la suscrita no logró ninguna ayuda del Ex-Seguro Social, niquiera la Cuota Mortuoria, quedando muy endeudada por los gastos ocasionados por sus enfermedades y luego su funeral.

Que encontrándose económicamente muy mal, recurre a vuestra Excelencia con la esperanza de lograr por su intermedio se le cancele lo que le corresponde como viuda, pues de lo contrario se pierde todo lo impuesto en tantos años por su esposo.

Que, adjunto los antecedentes correspondientes en que constan su calidad de imponente y años de servicios.

POR LO TANTO, agradeceré a vuestra Excelencia, ayude a la recurrente a resolver en parte su aflictiva situación económica, pues además viven con ella sus padres ya ancianos y enfermos.

ES JUSTICIA.

S. Hidalgo

Santiago, 19 de Marzo de 1991.

AL EXCELENTISIMO SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA,
DON PATRICIO AYLWIN AZOCAR
SANTIAGO.



REPÚBLICA DE CHILE
 PRESIDENCIA
 REGISTRO Y ASESORIA
 NR. 91 / 5339
 A: 05 ABR 91

INP

NP/1

Señor Presidente,

de la República:

AAA	R.C.A	W
BBE	M.L.P.	
CCO	EDEC	
DDC	BEE	

Solicita ayuda como viuda de
 imponente asegurado.

SILVIA EDEN HIDALGO AGUILERA, RUN. 2.652.970-0, de Santiago viuda, dos hijos adultos, cesantes, domiciliada en La Serena N° 8644, Villa Ignacio Serrano, Comuna La Granja, Santiago; al Excelentísimo Señor Presidente de la República, Don Patricio Aylwin Azócar, con todo respeto expone y solicita:

Que, la suscrita es pensionada del Servicio de Seguro Social y viven a sus expensas sus padres que están enfermos y son ancianos.

Que, su esposo Carlos Alberto Carvajal Martínez, RUT. número 1.510.421-K, falleció a consecuencias de un infarto fulminante el 31 de Mayo de 1990, quien se encontraba gestionando la Jubilación por edad, cuya tramitación no alcanzó a cumplir por su deceso, dejando a la recurrente en muy precaria situación económica, ya que como pensionada percibe una escasa jubilación que no alcanza para vivir junto a su familia.

Que, su cónyuge tuvo un impedimento en este trámite por el hecho de aparecer erróneamente como afiliado a la AFP UNION, de cuya situación se impuso al iniciar y reunir antecedentes para su jubilación.

Que él estuvo imponiéndose sólo en el Ex-Servicio de Seguro Social y Caja EE. PP., como obrero, a veces, otras como empleado, desde 1938; posteriormente a contar de 1982 como asegurado independiente según recibos adjuntos, pues trabajaba desde entonces como comerciante minorista junto a la suscrita.

Que nunca estuvo afiliado a A.F.P.

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NUMERO QUE CORRESPONDA)

A USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCION FETAL)

Nº 942586

1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO CARLOS ALBERTO CARVAJAL MARTINEZ		CEDULA DE IDENTIDAD/GABINETE AS10.421-K
--	--	---

SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M Masculino <input type="checkbox"/> F Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 17 12 1974	EDAD Años cumplidos 165	Sólo si es menor de un año	Meses	Días	Horas	Min.
---	---	--------------------------------	----------------------------	-------	------	-------	------

TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO:

1. Nombre _____ C.I. _____ Firma: _____

2. Nombre: _____ C.I. _____ Firma: _____

2.- DATOS DE LA DEFUNCION SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCION FETAL.

FECHA Y HORA Día Mes Año Hora Minutos 31 05 1997 19 45		Peso al nacer (grs.)	sem. gestación	Estado nutritivo previo a la enfermedad			
				<input type="checkbox"/> 1: Eutrófico	<input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III		
				<input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I	<input type="checkbox"/> 5: Ignorado		
				<input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II			

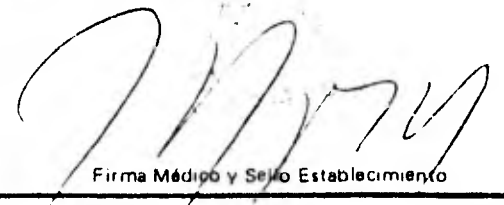
LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital ó Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro	ESTABLECIMIENTO O DIRECCION SAN RAFAEL 5644	COMUNA LA GRANA
--	---	---------------------------

3.- CAUSA DE LA MUERTE En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO. INTERVALO ENTRE LA INICIACION DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE.

I a) CAUSA INMEDIATA. (Enfermedad terminal, complicación o condición que produjo directamente la muerte). INFARTO AGUDO MIOCARDIO	USO M. SALUD
b) CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades que provocan la causa inmediata ó tipo de accidente, suicidio u homicidio). INSUFICIENCIA CORONARIA	USO M. SALUD
c) "Debida a" o "como consecuencia de"	
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados patológicos que contribuyeron a la defunción, pero no relacionado con la enfermedad que la causó.	

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE CASO MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE

<input checked="" type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación	<input type="checkbox"/> 4: Exs. Laboratorio <input type="checkbox"/> 5: Cuadro Clínico <input type="checkbox"/> 6: Información de Testigos	LUGAR DE OCURRENCIA <input type="checkbox"/> 1: Casa <input type="checkbox"/> 2: Vía Pública <input type="checkbox"/> 3: Trabajo <input type="checkbox"/> 4: Otro	CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/> 1: Peatón <input type="checkbox"/> 2: Conductor <input type="checkbox"/> 3: Pasajero <input type="checkbox"/> 4: Suicidio <input type="checkbox"/> 5: Homicidio <input type="checkbox"/> 6: Otro
---	---	---	--

ATENCION MEDICA ULTIMA ENFERMEDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA MÉDICO <input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante <input type="checkbox"/> 2: Legista u Patólogo <input type="checkbox"/> 3: Otro	MATRONA <input type="checkbox"/> 4: Inf. de Matrona	FECHA CERTIFICADO Día Mes Año	"Certifico la veracidad de los hechos consignados"
Nombre Médico: JULIO REYES RUIZ			 Firma Médico y Sello Establecimiento	
Rut: 5679882-E				
Domicilio: CALLE 44 Y 7700 3454				

B INFORMACION ESTADISTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADM. CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO calle número comuna ó localidad provincia				USO INE			
--	--	--	--	---------	--	--	--

INSTRUCCION Ultimo Curso Nivel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL 1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia
--	--	-----------	---------	---

5.- SOLO PARA 1- FALLECIDO MENOR DE UN AÑO
 2- DEFUNCION FETAL

Nombre de la madre _____

ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada <input type="checkbox"/> V: Viuda	HIJOS Includendo presente inscripción Vivos Fallecidos Mortinatos Total	FECHA PARTO/ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO <input type="checkbox"/> 1: Parto <input type="checkbox"/> 2: Aborto	Día Mes Año
--	--	---	-------------

EDAD (años cumplidos)	INSTRUCCION Ultimo curso Nivel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL 1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia
-----------------------	--	-----------	---------	---

Nombre del padre _____

EDAD (años cumplidos)	INSTRUCCION Ultimo curso Nivel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL 1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia
-----------------------	--	-----------	---------	---

**SERVICIO DE SEGURO SOCIAL
PAGO DE COTIZACIONES
INDEPENDIENTES Y VOLUNTARIOS**

FORM 1718-B 03/86 (E)ISSA

21 N° DE REGISTRO

249715113 N° DE INSCRIPCIÓN S.S.S.

1510721-K CARNET IDENTIDAD O RUT

03 89 RENTA DE (MES AÑO)

12% TASA COTIZACION x \$10.863 RENTA IMPONIBLE = \$1.955 COTIZACION A PAGAR

27 04 89 FECHA DE PAGO (DIA MES AÑO)

30% BONIFICACION x \$ COTIZACION A F.P. = \$ BONIFICACION DL N° 889

Si estuvo con SUBSIDIO POR ENFERMEDAD el mes por el que cotiza, escriba una "x" en este casillero.

FIRMA DEL IMPONENTE

DEPTO. REGION. DESTINO IMPONENTE

428-0

S.S.S.

IMPEDIO DE CREDITO INVERSIONES
TIMBRE DE RUT
CAJA
PAGADO
SAN MIGUEL

LIQUIDACION DE PAGO DE PENSION

CENTRO DE PAGO: 1045 SAN MIGUEL

N° INSCRIPCIÓN O CONTROL GF NR YP/TS.O.LEGAL AGE CILP NAF NUMERO ORDEN

4727926000000-2	1	0	2	002	425	8900-1	00	7562632-0
-----------------	---	---	---	-----	-----	--------	----	-----------

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: HIDALGO AGUILERA SILVIA EDEN CED. IDENTIDAD DV: 2.652.970-0 FECHA PROX. PAGO: 11/FEB/91

NOMBRE DEL APODERADO O MUNICIPALIDAD: * * * * * CED. IDENTIDAD-DV: * * * * * FECHA DE PAGO: 11/ENE/91

TOTAL HABERES	DESC. PREV. INPTO.	RENTA DESC.	VARIOS	ASIG. FAM.	TOTAL A PAGAR
20.877	1.461	0	0	0	*****19.416

LIQ. 3.982.295-45

COD	MONTO	COD	MONTO	COD	MONTO	COD	MONTO
H003	20877,00						

PROXIMO PAGO EN SU HORARIO DE PAGO ES: CARLOS VALDOVINOS 1202 DE 11:30 A 12:30 DE LA MANANA

11 ENE 1991