

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR  
DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA  
Y MIGRACIÓN

Nº Int.: 12989123 | MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA

12 MAY 2021

OFICINA DE PARTES  
TOTALMENTE TRAMITADO

CONCEDE CARTA DE NACIONALIZACIÓN

DECRETO EXENTO N° 1357

SANTIAGO, 12 MAY 2021

VISTO : Estos antecedentes, lo informado por Policía de Investigaciones de Chile en Oficios que se acompañan, y

TENIENDO PRESENTE : Que la peticionaria ha acreditado una residencia en el país superior a cinco años y

DE CONFORMIDAD con lo dispuesto en el Artículo 10 N°3 de la Constitución Política de la República, en el Decreto N°5.142 de 1960 del Ministerio del Interior y en la Resolución N° 7 del 26/03/2019 de la Contraloría General de la República.

D E C R E T O :

OTÓRGASE Carta de Nacionalización a la siguiente persona:

Doña Noralba PALOMINO FLOREZ, RUN: [REDACTED], natural de COLOMBIA, de nacionalidad COLOMBIANA, con domicilio en COYHAIQUE.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA"



RODRIGO DELGADO MOCAROQUE  
MINISTRO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA

CGH/JUC/ABA/NVT/JOC/LFCM  
[2525] 17/11/2020

DISTRIBUCIÓN:

Polin Ext.

Polin Int.

S.R.C.e I.

M.RR.EE.

Dept. Extranjería y M.

Of. Partes Minint.

Sección Carta Nacionalización

Archivo

18378646

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR  
DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA  
Y MIGRACIÓN

Nº Int.: 12989123

CONCEDE CARTA DE NACIONALIZACIÓN

DECRETO EXENTO Nº

SANTIAGO,

VISTO : Estos antecedentes; lo informado por Policía de Investigaciones de Chile en Oficios que se acompañan, y

TENIENDO PRESENTE : Que la peticionaria ha acreditado una residencia en el país superior a cinco años y

DE CONFORMIDAD con lo dispuesto en el Artículo 10 Nº3 de la Constitución Política de la República, en el Decreto Nº5.142 de 1960 del Ministerio del Interior y en la Resolución Nº 7 del 26/03/2019 de la Contraloría General de la República.

D E C R E T O :

OTÓRGASE Carta de Nacionalización a la siguiente persona:

Doña Noralba PALOMINO FLOREZ, RUN: 24.405.115-4, natural de COLOMBIA, de nacionalidad COLOMBIANA, con domicilio en COYHAIQUE.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA"

VÍCTOR PÉREZ VARELA  
MINISTRO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA

CGH/JUC/ABA/NVT/Jde/LFCM  
[2525] 31/07/2020

DISTRIBUCIÓN: *905*  
Polin Ext.  
Polin Int.  
S.R.C.e I.  
M.RR.EE.  
Depto. Extranjería y M.  
Of. Partes Minint.  
Sección Carta Nacionalización  
Archivo

18378646

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR  
DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA  
Y MIGRACIÓN

Nº int: N-12989126

OF. ORD. N° 16549 /

ANT.: No hay.

MAT.: Aprobación Sr. Subsecretario del  
Interior. Adjuntando Decreto.

SANTIAGO,

**08 JUL 2020**

A : SR. SUBSECRETARIO DEL INTERIOR  
DE : JEFE DEPARTAMENTO EXTRANJERÍA Y MIGRACIÓN  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA

1.- Tengo el agrado de remitir a US., expediente de solicitud de Carta de Nacionalización de la extranjera que a continuación se indica:

Noralba PALOMINO FLOREZ, natural de Colombia y de nacionalidad Colombiana.

Reside en el país hace 8 años. Casada. Tiene cónyuge chileno.

Se desempeña como Auxiliar de Servicio para el Hospital Regional Coyhaique desde el año 2016 manteniendo la vigencia de su contrato a honorarios a la fecha.

Los ingresos que percibe de acuerdo a la actividad que realiza, le han permitido su manutención en el país.

2.- Cabe señalar, que la peticionaria al 26 de Junio de 2020 cumple con los requisitos legales y no presenta antecedentes policiales ni judiciales negativos.

3.- Finalmente se adjunta Proyecto de Decreto respectivo, para ser aprobado por US., si lo tiene a bien.

Saluda atentamente a US.,



ABA/NVT/JOC/LFCM  
[2530] 26/06/2020

DISTRIBUCION:

- Sr. Subsecretario del Interior
- DEM

18378650

### RESUMEN ANTECEDENTES CARTA DE NACIONALIZACION

Nº Y FECHA SOLICITUD 1 del 22/04/2019

ORIGEN GOB COYHAIQUE

NOMBRES : NORALBA	APELLIDO UNO : PALOMINO	APELLIDO DOS : FLOREZ		
FECHA Y PAIS DE NACIMIENTO 21/02/1969 en COLOMBIA		EDAD 51		
NACIONALIDAD COLOMBIA	RUN 24.405.115-4	ESTADO CIVIL : CASADO		
SEXO FEMENINO	RESIDE EN COYHAIQUE			
ACTIVIDAD EMPLEADO	PROFESION EMPLEADO			
CONYUGE CHI	Nº HIJOS CHI EXT			
INGRESO AL PAIS 28/03/2011	AÑOS RESIDE 8	AÑOS VISA 3	AÑOS C/PEDE 4	AÑO PEDE 2015
PEDE VIGENTE SI	ANTECEDENTES EN POLIN NO	ANT. DICOM NO	VIAJES: NO	
PERIODO FUERA DEL PAIS				

#### DOCUMENTACION

FICHA DEM X INFORME POLIN X CERT. CONSULAR X PASAPORTE X FOTOS X C. IDENT. X CERT. ANT. X  
CEPEDE N° 485613 DE MATRIM. X CERT. NAC. HIJOS CERT. NAC. CONYUGE X

OTROS

#### ACTIVIDAD ECONOMICA Y DOCUMENTOS :

RECURSOS ECONOMICOS : SI			
CONT. TRABAJO X	LIQ. SUELDOS	CERT. EMPLEADOR	ESCRITURA SOC.
DEC. IMPOTOS X	IVAS	BALANCE	CERT. ESTUDIOS
EXPENSAS	PAGO PENSION	BOLETAS HONORARIOS X	
OTROS INGRESOS			
OTROS ANTECEDENTES			
INFORME ECONOMICO			

Antecedentes que faltan :

#### RECOMENDACION : APROBAR

#### MOTIVOS

Reside en el país hace 8 años. Casada. Tiene cónyuge chileno. Se desempeña como Auxiliar de Servicio para el Hospital Regional Coyhaique desde el año 2016 manteniendo la vigencia de su contrato a honorarios. Los ingresos que percibe de acuerdo a la actividad que realiza, le han permitido su manutención en el país.

Código de Extranjero : 1478050

DOCUMENTO DE USO INTERNO

Ficha de Extranjero

-----  
Nombres : NORALBA  
Primer Apellido : PALOMINO  
Segundo Apellido : FLOREZ  
Run : 24.405.115-4  
Fecha de Nacimiento : 21-02-1969  
Estado Civil : CASADO  
Sexo : FEMENINO  
País Origen : COLOMBIA  
País Nacionalidad : COLOMBIA  
Nombre Titular :  
Nombre Padre : HECTOR PALOMINO  
Nombre Madre : ENCARNACIÓN FLOREZ

DOCUMENTOS

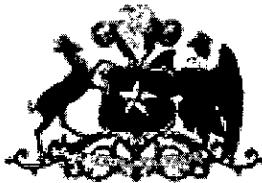
-----  
Tipo Documento : COMUNICACION ELECTRONICA (respuesta de Polin)  
Nº Documento : 2020138207  
Fecha Documento : 16-06-2020  
Autoridad Origen : POLIN  
Materia : INFORME POLICIAL RECIBIDO  
Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: POLINT POSITIVO

---

Tipo Documento : INFORME ELECTRONICO (solicita informe a Polin)  
Nº Documento : 138207  
Fecha Documento : 16-06-2020  
Autoridad Origen : DEM  
Materia : SOLICITA INFORME

## INFORME ACTUALIZADO DE POLICÍA

16.06.2020



REPUBLICA DE CHILE

77619576

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

Válido para FINES ESPECIALES

NOMBRE : NORALBA PALOMINO FLOREZ

R.U.N. : 24.405.115-4 Fecha nacimiento: 21 Febrero 1969

REGISTRO GENERAL DE CONDENAS

R U N FINES

24405115-4 SIN ANTECEDENTES ESPECIALES

REGISTRO ESPECIAL DE CONDENAS POR ACTOS DE  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

R U N FINES

24405115-4 SIN ANOTACIONES ESPECIALES

FECHA EMISIÓN: 24 Abril 2020, 11:51.

IMUESTO PAGADO - VALOR : \$ 1050

CERTIFICADO ANTECEDENTES PARA FINES ESPECIALES

Impreso en: COYHAIQUE

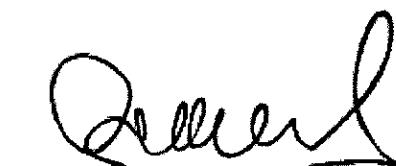
REGION : AYSEN

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCel



  
Víctor Rebollo Salas  
Jefe de Archivo General (s)

Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada



## CERTIFICADO DE MATRIMONIO

Circunscripción : COYHAIQUE

Nro. inscripción : 169

Registro :

Año : 2013

Nombre del Marido : ARTURO LUIS LINCOMÁN TAVIE

R.U.N. : 13.970.196-8

Fecha nacimiento : 23 Septiembre 1980

Nombre de la Mujer: NORALBA PALOMINO FLOREZ

77619587

R.U.N. : 24.405.115-4

Fecha nacimiento : 21 Febrero 1969

FECHA CELEBRACIÓN : 27 Noviembre 2013 A LAS 11:30 HORAS.

--- En el acto del matrimonio los contrayentes pactaron  
regimen de participacion en los gananciales.

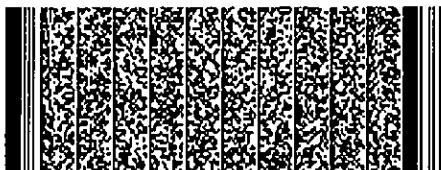
FECHA EMISIÓN: 24 Abril 2020, 11:51

IMPIUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710

Impreso en: COYHAIQUE

REGION : AYSEN

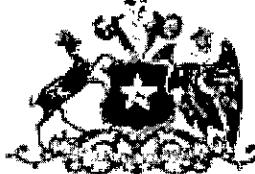
Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCel



  
Victor Rebolledo Salas  
Jefe de Archivo General (s)  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada



REPÚBLICA DE CHILE

FOLIO : 500313985743

Código Verificación:  
68a73bae9a31



500313985743

## CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : COYHAIQUE  
Nro. inscripción : 796 Registro : Año : 1980  
Nombre inscrito : ARTURO LUIS LINCOMÁN TAVIE  
  
R.U.N. : 13.970.196-8  
Fecha nacimiento : 23 Septiembre 1980  
Sexo : Masculino  
Nombre del padre : ARTURO LINCOMÁN LINCOMÁN  
  
R.U.N. del padre : 4.909.238-5  
Nombre de la madre: MARTA ELIANA TAVIE LEPIO

FECHA EMISIÓN: 28 Abril 2020, 14:51.

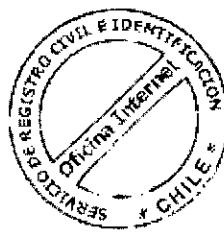
Certificado Gratuito

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCEl



Víctor Rebollo Salas  
Jefe de Archivo General (s)  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada



09/07  
Ave 1128

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

País: REPUBLICA DE COLOMBIA  
(Country: - Pays:)

El presente documento público  
(This public document - Le présent acte public)

Ha sido firmado por:  
(Has been signed by:  
A été signé par:)

CASTRO MORALES DIGNA MARIA

Actuando en calidad de: JEFE GRUPO CONSULTA Y RESPUESTA  
(Acting in the capacity of:  
Agissant en qualité de:)

Lleva el sello/estampilla de: POLICIA NACIONAL  
(Bears the seal/stamp of:  
Est revêtu du sceau de/imbre de:)

Certificado  
(Certified - Attesté)

En: BOGOTA - EN LÍNEA  
(At: - À:)

El: 10/29/2018 8:37:32 a. m.  
(On: - Le:)

Por: APOSTILLA Y LEGALIZACIÓN  
(By: The Ministry of Foreign Affairs of Colombia - Par: Ministère des Affaires Étrangères de la Colombie)

No: A2SKZD837421510  
(Under Number: - Sous le numéro:)

Firmado Digitalmente por: (Digitally Signed by:  
Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia  
EUFRACIO MORALES  
Reason: DOCUMENT AUTHENTICITY  
BOGOTA - COLOMBIA

Firma: (Signature:)

Nombre del Titular: PALOMINO FLOREZ NORALBA  
(Name of the holder of document:  
Nom du titulaire:)

Tipo de documento: CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDICIALES CON  
(Type of document: - Type du document:)  
FINES MIGRATORIOS

Número de hojas apostilladas: 1  
(Number of sheets: - Nombre de feuilles:)

022040006294904

66718965 Expedido (mm/dd/aaaa): 10/26/2018

El Ministerio de Relaciones Exteriores, no asume la responsabilidad por el contenido del documento apostillado. Artículo 3 Ley 455/88

La autenticidad de esta apostilla puede ser verificada en el Registro Electrónico que se encuentra en la siguiente página web:

The authenticity of this Apostille may be verified by accessing the e-Register on the following web site:

L'autenticité de cette Apostille peut être vérifiée en accédant l'e-Registre sur le site web suivant:

[www.cancilleria.gov.co/apostilla](http://www.cancilleria.gov.co/apostilla)



\* V:gentr A/ 24.01.2019 \*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL



POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

**Constancia:**

Que a la fecha, 2018/10/26 el ciudadano PALOMINO FLOREZ NORALBA con Cédula de Ciudadanía Nº 66718965 NO REGISTRA ANTECEDENTES de acuerdo con el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

Esta consulta es válida cuando los nombres, apellidos y número de cédula de ciudadanía correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado de su consulta, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional de Colombia o si se encuentra en el extranjero al consulado de Colombia más cercano.

La presente se expide únicamente para fines de carácter migratorio.

De acuerdo con lo preceptuado en el artículo 4º del Decreto 3738 de 2003, la información sobre antecedentes penales es RESERVADA; no obstante, en cumplimiento de la ley Estatutaria 1581 de 2012, se le remite la información sobre sus antecedentes penales por ser Usted el titular de la misma y quien dispondrá de ella.

Teniente Coronel **DIGNA MARÍA CASTRO MORALES**  
Oficial de Enlace

\*\*\*\*\*

BCI

Fono: 2692 7000

Web: www.bci.cl

\*\*\*\*\*

PAGO RECAUDACION

14/04/2020 09:59:37

Sucursal : 9016000064 - COYHAIQUE

Cajero : LRUIZA

Terminal : 4259

Comprobante de Pago de Impuesto  
Tesoreria General de la Republica

Servicio (99900) Monto Pagado

TGR ONLINE 999 \$4.325

Num.Servicios: 1 Total: \$4.325

Moneda de pago: CLP Inst. Recaudadora: 016

CID: 03102500031020050901015911

Num. Autorizacion: 00020161200414314070061

CRC: HJJFIF0031CAHCJA



FORMULARIO 10

Nombre: NORALBA PALOMINO FLOREZ			Folio	0007	1006235274
Direccion 0006 MAXIMILIANO CASAS 229			Comuna	0008	COYHAIQUE
Rut/Rol 0003 24405115-4			Formulario:	10	Vencimiento 0015 09/05/2020

Descripción	Código	Valor	Descripción	Código	Valor
Pasaporte CARTA NACIONALIZACION	0004 0626	CC 66718965 4325	Nacionalidad Referencia	0016 0022	COLOMBIA 0

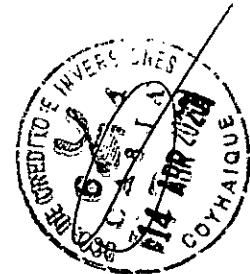
Valido Hasta	09/05/2020	Valor a Pagar	0091	\$ 4.325
Fecha Emision	10/03/2020			



03102500031020050901015911

- Documento generado a las: 10:03

Monto en Letras: Cuatro Mil Trescientos VentiCinco pesos



✓

CÉDULA DE  
IDENTIDAD  
EXTRANJERO

REPÚBLICA DE CHILE  
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APELLIDOS  
**PALOMINO  
FLOREZ**  
NOMBRES  
**NORALBA**  
NACIONALIDAD  
**COL**  
FECHA DE NACIMIENTO  
**21 FEB 1969**  
FECHA DE EMISIÓN  
**21 JUL 2015**  
FIRMA TITULAR

SEXO

**F**  
NÚMERO DOCUMENTO  
**200.419.570**  
FECHA DE VENCIMIENTO  
**08 JUL 2020**

RUN 24.405.115-4

*Noralba Palomino*



01/VSF-1F

Visa: **PERMANENCIA DEFINITIVA**  
Profesión: **No informada**

IECHL2004195700M06<<<<<<<<<  
6902210F2007081COL24405115<4<0  
PALOMINO<FLOREZ<<NORALBA<<<<

<b>CORREOSCHILE</b>	<b>AM</b>	DOCUMENTO EXPRESS AM			
<p>Declaro que el contenido de sus envíos no contiene ningún tipo de mercancía peligrosa ni prohibida; que conoce la normativa que regula el transporte de estas, así como las sanciones asociadas a la infracción de la ley y sus reglamentos. Además, declara conocer las condiciones del servicio referidas a las limitaciones e indemnizaciones por destrucción, avería o despojo que se encuentren publicadas en el sitio web <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a></p> <p>Nombre: NORALBA PALOMINO FLOREZ</p> <p>Rut Firma: 05 MAY 2020 Fecha: 05/05/2020</p> <p>Servicio a Clientes 600 950 20 20 www.correos.cl</p>		<p>Origen: SUCURSAL COYHAIQUE Razón Social:</p> <p>Des. de Contenido: DOC Nº Factura / Boleta: 0 Valor Cont:</p> <p>Reembolso: P.Dest: Tarifa: \$ 8.900</p> <p><b>Remitente</b></p> <p>Nombre: NORALBA PALOMINO FLOREZ Dirección: CORREOS 1 Comuna: COYHAIQUE Ciudad: COYHAIQUE País: Chile Cód Postal: 5950000 Teléfono: 991459281</p> <p><b>Destinatario</b></p> <p>Nombre: DEPARTAMENTO DE EXTRANJERIA Y MIGRACION Dirección: CLASIFICAR NUMERO 8 Comuna: SANTIAGO Ciudad: SANTIAGO País: Chile Cód Postal: 8320000 Teléfono: 1111111111</p> <p>Referencia: 3075931445975 Factura Ref:</p> <p>Observaciones:</p> <p>Peso(g) Peso VOL. Dimensiones(cm.) 136 0 0 0 0</p> <p>Encaminamiento N° Envio Bulto(S) 0-27-8320000-7 0001-16.641.791 001</p>		<p>Guía Electrónica 05/05/2020-11:46</p> <p>04 JUN 2020 ÁREA CORREOS - A3</p>	
<p><b>SUCURSAL COYHAIQUE</b> 02783200007000116641791001</p>					
<p>SDP</p>		<p>PLANTA DESTINO <b>FGZ - SANTIAGO</b></p>		<p>SUCURSAL DESTINO</p>	
<p>CDP / CUARTEL</p>					

<b>CORREOSCHILE</b>	<b>AM</b>	DOCUMENTO EXPRESS AM			
<p>Declaro que el contenido de sus envíos no contiene ningún tipo de mercancía peligrosa ni prohibida; que conoce la normativa que regula el transporte de estas, así como las sanciones asociadas a la infracción de la ley y sus reglamentos. Además, declara conocer las condiciones del servicio referidas a las limitaciones e indemnizaciones por destrucción, avería o despojo que se encuentren publicadas en el sitio web <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a></p> <p>Nombre: NORALBA PALOMINO FLOREZ</p> <p>Rut Firma: 05 MAY 2020 Fecha: 05/05/2020</p> <p>Servicio a Clientes 600 950 20 20 www.correos.cl</p>		<p>Origen: SUCURSAL COYHAIQUE Razón Social:</p> <p>Des. de Contenido: DOC Nº Factura / Boleta: 0 Valor Cont:</p> <p>Reembolso: P.Dest: Tarifa: \$ 8.900</p> <p><b>Remitente</b></p> <p>Nombre: NORALBA PALOMINO FLOREZ Dirección: CORREOS 1 Comuna: COYHAIQUE Ciudad: COYHAIQUE País: Chile Cód Postal: 5950000 Teléfono: 991459281</p> <p><b>Destinatario</b></p> <p>Nombre: DEPARTAMENTO DE EXTRANJERIA Y MIGRACION Dirección: CLASIFICAR NUMERO 8 Comuna: SANTIAGO Ciudad: SANTIAGO País: Chile Cód Postal: 8320000 Teléfono: 1111111111</p> <p>Referencia: 3075931445975 Factura Ref:</p> <p>Observaciones:</p> <p>Peso(g) Peso VOL. Dimensiones(cm.) 136 0 0 0 0</p> <p>Encaminamiento N° Envio Bulto(S) 0-27-8320000-7 0001-16.641.791 001</p>		<p>Guía Electrónica 05/05/2020-11:46</p> <p>04 JUN 2020 ÁREA CORREOS - A3</p>	
<p><b>SUCURSAL COYHAIQUE</b> 02783200007000116641791001</p>					
<p>SDP</p>		<p>PLANTA DESTINO <b>FGZ - SANTIAGO</b></p>		<p>SUCURSAL DESTINO</p>	
<p>CDP / CUARTEL</p>					

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR  
DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA  
Y MIGRACIÓN

Nº int: 12705509

OF. ORD. N°

8547

MAT.: Comunica calificación solicitud  
de Carta de Nacionalización.

SANTIAGO, 13 MAR 2020

DE : DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA Y MIGRACIÓN  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA

A : Señora (1478050)  
Noralba PALOMINO FLOREZ  
MAXIMILIANO CASAS N° 229  
COYHAIQUE, COYHAIQUE

1. Tengo el agrado de comunicar a Ud., que su solicitud de Carta de Nacionalización fue calificada favorablemente por esta Jefatura.
2. A fin de dictar el decreto que le concederá la nacionalidad chilena, sírvase encontrar adjunto Orden de Giro para cancelar en un banco comercial los derechos de carta de nacionalización, que en su caso ascienden a la suma de \$4.325 (cuatro mil trescientos veinticinco pesos).

Y en atención a lo prescrito en el Art. 11 del D.S. N°5.142, solicito actualizar los siguientes documentos: Certificado de Antecedentes chileno para fines especiales, certificado de vigencia de la Permanencia Definitiva emitido por Policía Internacional, certificado de Antecedentes colombiano debidamente apostillado y original, para fines de carácter migratorio, certificado de nacimiento de su cónyuge, certificado de matrimonio, certificado de vigencia de su contrato de trabajo, indicando renta y antigüedad, firmado por su empleador ante notario o con firma digital, certificado de certificado de pagos de las cotizaciones previsionales de AFP/SALUD actualizadas, seis últimas liquidaciones de sueldo; todos vigentes y en original según se solicita.

IMPORTANTE: Una vez que reúna todos los documentos requeridos, debe enviarlos junto a la orden de giro pagada en un plazo de 90 días contados desde la fecha de este Oficio, dirigido a: Sección Carta de Nacionalidad (COD:1478050), Clasificador N° 8, Correo Central, Santiago.

NOTA: Se solicita adjuntar copia de este oficio e informar su domicilio actual, número telefónico y correo electrónico vigente.

Saluda atentamente a Ud.

POR ORDEN DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA Y MIGRACIÓN



\* MARCELA VALENZUELA CALDERÓN  
JEFA SECCIÓN NACIONALIDAD

MVC/MEM  
[2520] 10/03/2020

DISTRIBUCIÓN:  
- Interesada  
- DEM

### RESUMEN ANTECEDENTES CARTA DE NACIONALIZACION

Nº Y FECHA SOLICITUD 1 del 22/04/2019

ORIGEN GOB COYHAIQUE

NOMBRES : NORALBA	APELLIDO UNO : PALOMINO	APELLIDO DOS : FLOREZ		
FECHA Y PAIS DE NACIMIENTO 21/02/1969 en COLOMBIA	EDAD 51			
NACIONALIDAD COLOMBIA	RUN 24.405.115-4	ESTADO CIVIL : CASADO		
SEXO FEMENINO	RESIDE EN COYHAIQUE			
ACTIVIDAD EMPLEADO	PROFESION EMPLEADO			
CONYUGE CHI	Nº HIJOS CHI EXT			
INGRESO AL PAIS 28/03/2011	AÑOS RESIDE 7	AÑOS VISA 3	AÑOS C/PEDE 4	AÑO PEDE 2015
PEDE VIGENTE SI	ANTECEDENTES EN POLIN NO	ANT. DICOM NO	VIAJES: NO	
PERIODO FUERA DEL PAIS				

#### DOCUMENTACION

FICHA DEM X	INFORME POLIN X	CERT. CONSULAR	PASAPORTE X	FOTOS X	C. IDENT. X	CERT. ANT. X
CEPEDE N° 485613	DE MATRIM.	X CERT. NAC. HIJOS	CERT. NAC. CONYUGE X			
OTROS CERT. ANT. PENALES						

#### ACTIVIDAD ECONOMICA Y DOCUMENTOS :

RECURSOS ECONOMICOS : SI			
CONT. TRABAJO X	LIQ. SUELDOS	CERT. EMPLEADOR	ESCRITURA SOC.
DEC. IMPOTOS	IVAS	BALANCE	CERT. ESTUDIOS
EXPENSAS	PAGO PENSION	BOLETAS HONORARIOS	
OTROS INGRESOS			
OTROS ANTECEDENTES			
INFORME ECONOMICO			

Antecedentes que faltan :

#### RECOMENDACION : APROBAR

#### MOTIVOS

Reside en el país hace 7 años. Casada, cónyuge chileno. Actualmente se desempeña como
Auxiliar para el Hospital Regional Coyhaique, mantiene contrato a honorarios. Los ingresos
que percibe de acuerdo a la actividad que realiza, le han permitido su manutención en el
país. Califica.



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		03/2020	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA	24,405,115-4		
Apellidos y Nombres	R.U.T.	Previsión / Salud	

HABERES		DESCUENTOS		
Monto Bruto	592,371	Retención	63,680	
OTROS HABERES			OTROS DESCUENTOS	
592,371	0	0	63,680	528,691
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos	Liquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		02/2020	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA	24,405,115-4		
Apellidos y Nombres	R.U.T.	Previsión / Salud	

HABERES		DESCUENTOS		
Monto Bruto	592,371	Retención	63,680	
OTROS HABERES			OTROS DESCUENTOS	
592,371	0	0	63,680	528,691
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos	Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		01/2020	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA	24,405,115-4		
Apellidos y Nombres	R.U.T.	Previsión / Salud	

HABERES		DESCUENTOS		
Monto Bruto	592,371	Retención	63,680	
OTROS HABERES			OTROS DESCUENTOS	
592,371	0	0	63,680	528,691
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos	Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE	12/2019	
Establecimiento	Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA	24, 405, 115-4	
Apellidos y Nombres	R.U.T.	Previsión / Salud

HABERES		DESCUENTOS		
Monto Bruto	592, 371	Retención		59, 237
OTROS HABERES			OTROS DESCUENTOS	
592, 371	0	0	59, 237	533, 134
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos	Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		11/2019		
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.	
PALOMINO FLORES NORALBA	24,405,115-4			
Apellidos y Nombres	R.U.T.	Previsión / Salud		
HABERES		DESCUENTOS		
Monto Bruto	592,371	Retención	59,237	
OTROS HABERES		OTROS DESCUENTOS		
592,371	0	0	59,237	
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos	Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		10/2019	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA	24,405,115-4		
Apellidos y Nombres	R.U.T.	Previsión / Salud	
descuento por 2 días de lm			

HABERES		DESCUENTOS	
Monto Bruto	552,888	Retención	55,289
OTROS HABERES		OTROS DESCUENTOS	
552,888	0	0	55,289
Total Haberes		Total Imponible	Total Tributable
		Total Tributable	Total Descuentos
			Líquido a Pagar



HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

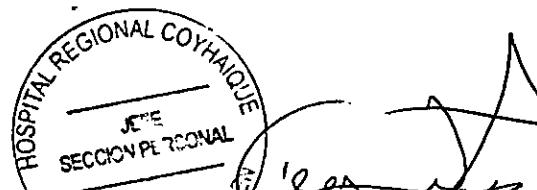
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
OFICINA DE PERSONAL  
GMA/jsv

## C E R T I F I C A D O

El jefe (s) de Oficina de Personal del Hospital Regional de Coyhaique, certifica que **SRA. NORALBA PALOMINO FLORES CI: 24.405.115-4**, se desempeña en modalidad **Contrato a Honorario**, en este Establecimiento, por los periodos que a continuación se detallan:

DESDE	HASTA	PLANTA
01/03/2020	31/12/2020	AUXILIARES
01/01/2019	31/12/2019	AUXILIARES
01/01/2018	31/12/2018	AUXILIARES
16/02/2017	31/12/2017	AUXILIARES
26/10/2016	17/11/2016	AUXILIARES

Válido para ser presentado donde estime conveniente.

  
GUSTAVO MOLDENHAUER ALVAREZ  
JEFÉ(S) OFICINA DE PERSONAL  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

Coyhaique, 27 de Abril de 2020

## CONTRATO A SUMA ALZADA

En Coyhaique, a 01 de marzo de 2020, entre el Hospital Regional Coyhaique, persona jurídica de derecho público, creado por DL. N°2763 de 1979, en adelante “El Hospital” representado por su director **Don. JAIME EDUARDO LOPEZ QUINTANA**, Cédula nacional de identidad N°8081741-K, de profesión Ingeniero Comercial, estado civil divorciado, de nacionalidad chilena, con domicilio en calle Jorge Ibar N°068 de Coyhaique, y **Dn/Dna. NORALBA PALOMINO FLORES**, profesión AUXILIAR DE SERVICIO, estado civil CASADA, Cédula nacional de identidad N°24405115-4, nacionalidad Colombiana, domiciliado en MAX CASAS N°229 de la ciudad de Coyhaique, en adelante “El Prestador”, se ha establecido el siguiente Convenio:

**PRIMERO:** El Prestador (a) se regirá por lo establecido en el presente contrato y no le serán aplicables las disposiciones de la Ley N°18.834/89; que aprueba el Estatuto Administrativo. Sin embargo, le será aplicables las Normas sobre inhabilidades e incompatibilidades contenidas en los artículos N°54, 55 y 56 de la Ley N°18.575, ello en lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley 19.896.  
No existen inhabilidades especiales para el Hospital Regional de Coyhaique siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo con la normativa vigente.

- a) Tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con el Hospital Regional de Coyhaique. Tener litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique.
- b) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de Jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional de Coyhaique.
- c) Estar condenado por crimen o simple delito.

**SEGUNDO:** El Prestador se compromete a realizar sus servicios en CIRUGÍA dependiente del Hospital Regional de Coyhaique, cumpliendo las siguientes funciones:

Turno largo

- Aseo de Pasillos (3 veces al día 10:00- 14:00- 20:00 hrs).
- Aseo de Duchas (diario).
- Colaboración con aseo de unidad de pacientes de ambos sectores.
- Traslado de pacientes (a otro servicio, políclínicos, pabellón, toma de exámenes a excepción de scanner u otro procedimiento invasivo).
- Colaboración con técnicos paramédicos y enfermeros.
- Aseo de sala de estar del personal (Diario)
- Aseo residencia médicos fines de semana y festivos.
- Entrega y retiro de exámenes.
- Entrega y retiro de recetas de farmacia.
- Traslado de documentos al alta (fines de semana y festivos).
- Aseo de CMA en horario inhábil.
- Sala de aseo ubicada en pasillo (diario).

Turno noche

- Aseo de los pasillos 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Aseo de salas y baños de los pacientes 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Retiro de basura 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Aseo de unidad del paciente (traslados, altas, etc).

- ☒ Retiro de ropa sucia de las salas.
- ☒ Colaborar en la movilización de pacientes postrados.
- ☒ Entrega y retiro de exámenes.
- ☒ Entrega y retiro de recetas de farmacia.
- ☒ Aseo de oficinas (enfermera supervisora y médicos)
- ☒ Aseo del baño personal (pasillo).
- ☒ Aseo de estación de enfermería(mesón).

El Prestador se desempeñará en un Sistema de Turno de 12 horas y 30 minutos, el que incluye la entrega de turno, estos se efectuarán cada vez que el establecimiento lo requiera para dar continuidad a sus propios sistemas de turnos y atenciones usuarias. De acuerdo con la calendarización mensual. El tiempo semanal que ocupará no debe ser inferior a 48 hrs.-

Aquel prestador que no cumpla la calendarización mensual de turnos programados, se le descontara los turnos, realizando la división de cuota mensual respectiva en 30.

Como política interna del establecimiento se establece que, el prestador deberá realizar obligatoriamente marcaje de entrada y salida en reloj de control o en el sistema de asistencia que se disponga en el establecimiento en el que presta servicios. Así, la Oficina de Personal del establecimiento deberá contar para efectos de control y verificación del cumplimiento efectivo de los servicios contratados, con el calendario de turnos con el cual se inicie en el año 2020.

**TERCERO:** El Hospital Regional Coyhaique, pagará al "Prestador(a)" la suma alzada de \$ 5923710 ,( CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS), la que será pagada en 1 cuota de \$ 592371 ( QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS), valor total al que se le deberá deducir el 10.75% de impuesto a la renta, conforme a lo dispuesto en el artículo 74° N°2 y artículo 84° letra B del Decreto Ley N°824 sobre impuesto a la renta, modificado por el artículo quinto transitorio de la Ley N°21.133, contra presentación de la correspondiente boleta de honorarios y certificado extendido y visado por el responsable de la unidad de desempeño del prestador de servicios, en que conste el cumplimiento de la labor señalada.

El pago de cada cuota se hará efectivo el quinto día hábil del mes siguiente.

**CUARTO:** El presente convenio no considera horas extraordinarias.

**QUINTO:** El Prestador (a) comenzará a prestar sus servicios sin esperar la total tramitación del presente contrato, a contar del 01/03/2020 y hasta el 31/12/2020

**SEXTO:** El prestador deberá efectuar un informe mensual con las actividades convenidas en el punto segundo del presente convenio, el que será remitido por este a jefe de servicio o supervisor (a) de CIRUGÍA quien será responsable de:

- Velar por el cumplimiento del 100% de las actividades comprometidas con el convenio.
- Efectuar al término de cada mes un informe de las actividades y funciones realizadas, en el que debe remitir oficina de personal del establecimiento.
- Emitir un informe de desempeño al término del periodo por el cual fue contratado (Anexo 3 Manual de Instrucciones y Procedimientos para la autorización y Tramitación de Contratos a Honorarios que se encuentre vigente).

**SEPTIMO:** La cotización previsional y de salud será obligatoria para quienes se desempeñen en modalidad a honorarios en el año 2020. La persona es la responsable de realizar el pago de su cotización.

**OCTAVO:** El prestador tendrá derecho a Licencia por Enfermedad conservando su continuidad laboral. En los casos que el facultativo determine reposo por un lapso inferior o igual a 10 días, se pagarán por el establecimiento, los tres (3) primeros días. Podrá acceder al pago de los 3 (tres) primeros días de licencia médica, sólo en caso de que esta licencia médica sea en definitiva aprobada por entidad competente, y su duración sea inferior o igual a 10 días. Es obligación del prestador de servicio presentar la licencia médica en la institución de salud donde realice su cotización y deberá además presentar una copia de esta en la Oficina de Personal, con el respectivo certificado de cotizaciones de salud por el monto de la cuota convenida.

**NOVENO:** Cuando se trate de reposo Maternal, el Prestador tendrá derecho al descanso Pre y Post Natal **sin goce de honorario por la o las cuotas en que incida parcial o totalmente el descanso**, garantizándose la continuidad laboral una vez concluidos los plazos que contempla la ley. Para acceder a este "receso maternal" deberá presentar copia de la (s) licencias Pre y Post Natal en la Oficina de Personal del establecimiento en donde preste servicios. De la misma forma en relación con la posterior solicitud del permiso Post Natal Parental, el cual podrá ser en media jornada o jornada completa, para lo cual deberá informar por escrito a lo menos treinta días antes de terminado el post natal, o en su defecto se entenderá jornada completa.

**DECIMO:** La prestadora podrá acceder a permiso de Alimentación de hijo menor de 2 años. Dicho permiso con goce de honorarios, consiste en disponer, a lo menos, una hora al día, para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este beneficio podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas a acordar con el responsable de la dependencia donde desempeñe funciones la prestadora de servicios siempre y cuando no intervenga sus labores:

- a) En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo.
- b) Dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones.
- c) Postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.

Este beneficio podrá ser ejercido preferentemente en la Sala Cuna, o en lugar en que se encuentre el menor.

**DECIMO**

**PRIMERO:**

El Prestador podrá acceder a los siguientes beneficios sin descuentos de su honorario:

- Hacer uso de hasta veinte (20) días hábiles de descanso, **siempre que acredite tener a lo menos un año efectivo de prestaciones como honorario, sin solución de continuidad, sea en el Hospital Regional de Coyhaique o en alguno de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio de Salud Aysén.** Para el caso que el prestador hubiere hecho uso de algún tipo de beneficio de descanso o feriado legal bajo otra calidad contractual durante el mismo año, no podrá hacer uso de más de 20 días hábiles en total durante el mismo año. Es decir, los días de descanso y de feriado tomados en un año calendario no pueden exceder de 20 días hábiles para el prestador de servicios. Estos descansos no podrán ser fraccionados en medias jornadas ni ser traspasados bajo ningún motivo para el año siguiente. Estos permisos deberán solicitarse por escrito con anticipación a oficina de personal y a lo menos uno de los períodos de uso del permiso deberá abarcar a lo menos 10 días hábiles.
- Hacer uso de hasta un máximo de seis (6) días hábiles de permiso en un año calendario, adicionales al descanso. Estos permisos podrán ser fraccionados por medios días. El otorgamiento o denegación del permiso es discrecional de la jefatura responsable de la dependencia en que preste sus servicios el solicitante.
- Acceder al permiso para el padre, de 5 días hábiles, en caso de nacimiento de un hijo, el que podrá utilizar a elección desde el momento del parto, y en este caso será de días corridos, o distribuido dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento. Igual beneficio asistirá en caso de adopción. Para hacer uso del beneficio deberá presentar en Oficina de Personal, el certificado de nacimiento o sentencia definitiva en caso de adopción.
- Acceder a permiso por fallecimiento de hijo o cónyuge, de siete (7) días corridos pagados, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.
- Acceder a permiso de tres (3) días hábiles por fallecimiento de padre, madre o hijo en gestación, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.

**DECIMO**

**SEGUNDO:**

En caso de que los beneficios antes mencionados no hayan sido solicitados ni cursados dentro del periodo convenido, éstos podrán impetrarse, en caso de prórroga del convenio a honorarios, en el próximo periodo, siempre del año 2020.

**DECIMO**

**TERCERO:**

Las partes acuerdan que, en caso de fallecer el prestador (a) de servicios durante la vigencia del contrato, el establecimiento pagará a quien acredite ser cónyuge o, en subsidio de éste, hijo o padre o madre del causante, el monto de los honorarios que éste habría percibido en relación a una de las cuotas en que solicitó se dividiera el pago de su prestación a honorarios. Al efecto, quien solicite el retiro de este monto, deberá acreditar ante el establecimiento su calidad de cónyuge, hijo, padre o madre del causante respectivamente con los certificados de matrimonio, nacimiento y defunción o libreta de matrimonio que se le solicite.

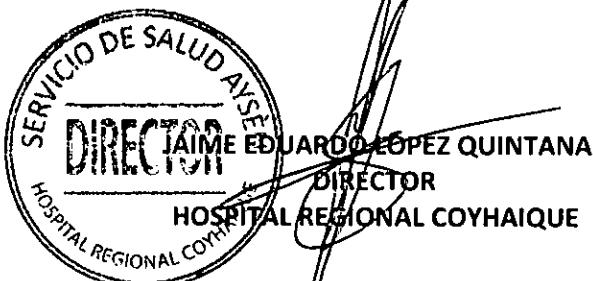
**DECIMO**

**CUARTO:**

Dejase establecido que ambas partes podrán desahuciar este contrato, sin acreditar causas justificadas, con un aviso previo por escrito. No obstante, el Hospital Regional de Coyhaique se reserva el derecho de poner término en forma inmediata al contrato, si la otra parte no da cumplimiento a cabalidad a las cláusulas de este convenio, pagando al prestador sólo la fracción mensualidad correspondiente, y sólo en relación con el número de días efectivamente certificados como servidos, por el jefe de la unidad en que el prestador desarrolló sus funciones.

- DECIMO**  
**QUINTO:** Para efectos legales que deriven de la suscripción de este contrato, las partes se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de Justicia de Coyhaique.
- DECIMO**  
**SEXTO:** El presente Contrato se firma en 02 ejemplares de igual fecha, tenor y valor, quedando uno en poder de "El Prestador (a)" y los restantes serán distribuidos por "El Servicio" a las Unidades que estime pertinente.
- DECIMO**  
**SEPTIMO:** El Presente contrato incluye como parte integrante del mismo 3 anexos: Solicitud de contrato, Declaración Jurada Simple con toda la documentación de respaldo en caso de que el prestador preste también servicios a terceros, y Certificado de disponibilidad presupuestaria.
- DECIMO**  
**OCTAVO:** La personería y facultad del Director del Hospital Regional Coyhaique, para actuar en representación de "El Hospital", está emanada por Resolución AFECTA N°1279 de fecha 28/07/2017 que contiene nombramiento del Director del Hospital Coyhaique.

*Noralba Palomino*  
NORALBA PALOMINO FLORES  
AUXILIAR DE SERVICIO





SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL. GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
S.D. GESTIÓN DE PERSONAS

## ANEXO N° 1

## DECLARACIÓN JURADA SIMPLE



COYHAIQUE, 01/03/2020

Señor

Director Hospital Regional Coyhaique

PRESENTE

Nombres

Apellidos

NORALBA	PALOMINO FLORES	
---------	-----------------	--

Cédula de Identidad

Estado Civil

Profesión u Oficio

24405115-4	CASADA	AUXILIAR DE SERVICIO
------------	--------	----------------------

1. Para los efectos lo dispuesto en el inciso 3º, del artículo 5º de la Ley N° 19.896, declaro que PRESTO (SI  - NO  ) Servicios en las siguientes reparticiones públicas :

Nombre de la Repartición	Calidad Jurid. (Planta-Cont.-H)	Remuneración	Labores	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

2. Asimismo, declaro que (SI  - NO  ) tengo contratos vigentes con proveedores o contratistas y/o con instituciones privadas que tienen convenios para ejecución de proyectos o se les hayan otorgados transferencias por esta repartición pública.

Individualización del contrato	Objetivo del Contrato	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

3. Por otra parte declaro que no me encuentro afecto a ninguna de las inhabilidades establecidas en el artículo 54º de la Ley N° 18.575 sobre bases de la Administración del Estado, que a continuación se expresan:

Nota importante: Consignar las inhabilidades especiales a las cuales se sujetan los funcionarios del Servicio contratante.

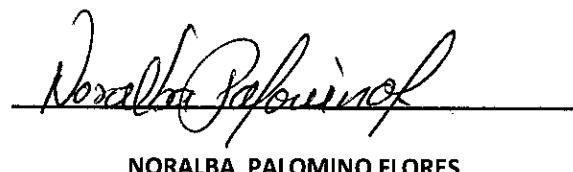
- a) No existe inhabilidades especiales para el Hospital Regional Coyhaique, siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo a las normativas vigentes.

- b) Tener vigente o suscribir, por si o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con el Hospital Regional Coyhaique.

Tener litigios pendientes con el Hospital Regional Coyhaique, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.

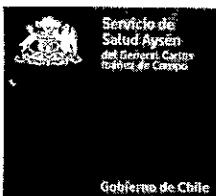
Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratados o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes, con el Hospital Regional Coyhaique.

- c) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional Coyhaique.
  - d) Estar condenado por crimen o simple delito.
4. Finalmente, declaro bajo juramento que estos antecedentes corresponden a la realidad.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Noralba Palomino", is written over a horizontal line.

NORALBA PALOMINO FLORES  
FIRMA DEL INTERESADO (A)



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD AYSEN  
DEL GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
S.D. GESTIÓN DE LAS PERSONAS



## CONTRATO A SUMA ALZADA

En Coyhaique, a 01 de febrero de 2020, entre el Hospital Regional Coyhaique, persona jurídica de derecho público, creado por DL. N°2763 de 1979, en adelante “El Hospital” representado por su director **Don. JAIME EDUARDO LOPEZ QUINTANA**, Cédula nacional de identidad N°8081741-K, de profesión Ingeniero Comercial, estado civil divorciado, de nacionalidad chilena, con domicilio en calle Jorge Ibar N°068 de Coyhaique, y **Dn/Dna. NORALBA PALOMINO FLORES**, profesión AUXILIAR DE SERVICIO, estado civil CASADA, Cédula nacional de identidad N°24405115-4, nacionalidad Colombiana, domiciliado en MAX CASAS N°229 de la ciudad de Coyhaique, en adelante “El Prestador”, se ha establecido el siguiente Convenio:

**PRIMERO:** El Prestador (a) se regirá por lo establecido en el presente contrato y no le serán aplicables las disposiciones de la Ley N°18.834/89; que aprueba el Estatuto Administrativo. Sin embargo, le serán aplicables las Normas sobre inhabilidades e incompatibilidades contenidas en los artículos N°54, 55 y 56 de la Ley N°18.575, ello en lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley 19.896. No existen inhabilidades especiales para el Hospital Regional de Coyhaique siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo con la normativa vigente.

- a) Tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con el Hospital Regional de Coyhaique. Tener litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique.
- b) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de Jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional de Coyhaique.
- c) Estar condenado por crimen o simple delito.

**SEGUNDO:** El Prestador se compromete a realizar sus servicios en CIRUGÍA dependiente del Hospital Regional de Coyhaique, cumpliendo las siguientes funciones:

Turno largo

- Aseo de Pasillos (3 veces al día 10:00- 14:00- 20:00 hrs).
- Aseo de Duchas (diario).
- Colaboración con aseo de unidad de pacientes de ambos sectores.
- Traslado de pacientes (a otro servicio, policlínicos, pabellón, toma de exámenes a excepción de scanner u otro procedimiento invasivo).
- Colaboración con técnicos paramédicos y enfermeros.
- Aseo de sala de estar del personal (Diario)
- Aseo residencia médicos fines de semana y festivos.
- Entrega y retiro de exámenes.
- Entrega y retiro de recetas de farmacia.
- Traslado de documentos al alta (fines de semana y festivos).
- Aseo de CMA en horario inhábil.
- Sala de aseo ubicada en pasillo (diario).

Turno noche

- Aseo de los pasillos 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Aseo de salas y baños de los pacientes 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Retiro de basura 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Aseo de unidad del paciente (traslados, altas, etc).

- ☒ Retiro de ropa sucia de las salas.
- ☒ Colaborar en la movilización de pacientes postrados.
- ☒ Entrega y retiro de exámenes.
- ☒ Entrega y retiro de recetas de farmacia.
- ☒ Aseo de oficinas (enfermera supervisora y médicos)
- ☒ Aseo del baño personal (pasillo).
- ☒ Aseo de estación de enfermería(mesón).

El Prestador se desempeñará en un Sistema de Turno de 12 horas y 30 minutos, el que incluye la entrega de turno, estos se efectuarán cada vez que el establecimiento lo requiera para dar continuidad a sus propios sistemas de turnos y atenciones usuarias. De acuerdo con la calendarización mensual. El tiempo semanal que ocupará no debe ser inferior a 48 hrs.-

Aquel prestador que no cumpla la calendarización mensual de turnos programados, se le descontara los turnos, realizando la división de cuota mensual respectiva en 30.

Como política interna del establecimiento se establece que, el prestador deberá realizar obligatoriamente marcaje de entrada y salida en reloj de control o en el sistema de asistencia que se disponga en el establecimiento en el que presta servicios. Así, la Oficina de Personal del establecimiento deberá contar para efectos de control y verificación del cumplimiento efectivo de los servicios contratados, con el calendario de turnos con el cual se inicie en el año 2020.

**TERCERO:** El Hospital Regional Coyhaique, pagará al "Prestador(a)" la suma alzada de \$ 592371 ,( QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS), la que será pagada en 1 cuota de \$ 592371 ( QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS), valor total al que se le deberá deducir el 10.75% de impuesto a la renta, conforme a lo dispuesto en el artículo 74° N°2 y artículo 84° letra B del Decreto Ley N°824 sobre impuesto a la renta, modificado por el artículo quinto transitorio de la Ley N°21.133, contra presentación de la correspondiente boleta de honorarios y certificado extendido y visado por el responsable de la unidad de desempeño del prestador de servicios, en que conste el cumplimiento de la labor señalada.

El pago de cada cuota se hará efectivo el quinto día hábil del mes siguiente.

**CUARTO:** El presente convenio no considera horas extraordinarias.

**QUINTO:** El Prestador (a) comenzará a prestar sus servicios sin esperar la total tramitación del presente contrato, a contar del 01/02/2020 y hasta el 29/02/2020

**SEXTO:** El prestador deberá efectuar un informe mensual con las actividades convenidas en el punto segundo del presente convenio, el que será remitido por este a jefe de servicio o supervisor (a) de CIRUGÍA quien será responsable de:

- Velar por el cumplimiento del 100% de las actividades comprometidas con el convenio.
- Efectuar al término de cada mes un informe de las actividades y funciones realizadas, en el que debe remitir oficina de personal del establecimiento.
- Emitir un informe de desempeño al término del periodo por el cual fue contratado (Anexo 3 Manual de Instrucciones y Procedimientos para la autorización y Tramitación de Contratos a Honorarios que se encuentre vigente).

**SEPTIMO:** La cotización previsional y de salud será obligatoria para quienes se desempeñen en modalidad a honorarios en el año 2020. La persona es la responsable de realizar el pago de su cotización.

**OCTAVO:** El prestador tendrá derecho a Licencia por Enfermedad conservando su continuidad laboral. En los casos que el facultativo determine reposo por un lapso inferior o igual a 10 días, se pagarán por el establecimiento, los tres (3) primeros días. Podrá acceder al pago de los 3 (tres) primeros días de licencia médica, sólo en caso de que esta licencia médica sea en definitiva aprobada por entidad competente, y su duración sea inferior o igual a 10 días. Es obligación del prestador de servicio presentar la licencia médica en la institución de salud donde realice su cotización y deberá además presentar una copia de esta en la Oficina de Personal, con el respectivo certificado de cotizaciones de salud por el monto de la cuota convenida.

**NOVENO:** Cuando se trate de reposo Maternal, el Prestador tendrá derecho al descanso Pre y Post Natal **sin goce de honorario por la o las cuotas en que incida parcial o totalmente el descanso**, garantizándose la continuidad laboral una vez concluidos los plazos que contempla la ley. Para acceder a este "receso maternal" deberá presentar copia de la (s) licencias Pre y Post Natal en la Oficina de Personal del establecimiento en donde preste servicios. De la misma forma en relación con la posterior solicitud del permiso Post Natal Parental, el cual podrá ser en media

jornada o jornada completa, para lo cual deberá informar por escrito a lo menos treinta días antes de terminado el post natal, o en su defecto se entenderá jornada completa.

**DECIMO:** La prestadora podrá acceder a permiso de Alimentación de hijo menor de 2 años. Dicho permiso con goce de honorarios, consiste en disponer, a lo menos, una hora al día, para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este beneficio podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas a acordar con el responsable de la dependencia donde desempeñe funciones la prestadora de servicios siempre y cuando no intervenga sus labores:

- a) En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo.
- b) Dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones.
- c) Postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.

Este beneficio podrá ser ejercido preferentemente en la Sala Cuna, o en lugar en que se encuentre el menor.

**DECIMO PRIMERO:** El Prestador podrá acceder a los siguientes beneficios sin descuentos de su honorario:

- Hacer uso de hasta veinte (20) días hábiles de descanso, **siempre que acredite tener a lo menos un año efectivo de prestaciones como honorario, sin solución de continuidad, sea en el Hospital Regional de Coyhaique o en alguno de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio de Salud Aysén.** Para el caso que el prestador hubiere hecho uso de algún tipo de beneficio de descanso o feriado legal bajo otra calidad contractual durante el mismo año, no podrá hacer uso de más de 20 días hábiles en total durante el mismo año. Es decir, los días de descanso y de feriado tomados en un año calendario no pueden exceder de 20 días hábiles para el prestador de servicios. Estos descansos no podrán ser fraccionados en medias jornadas ni ser traspasados bajo ningún motivo para el año siguiente. Estos permisos deberán solicitarse por escrito con anticipación a oficina de personal y a lo menos uno de los períodos de uso del permiso deberá abarcar a lo menos 10 días hábiles.

- Hacer uso de hasta un máximo de seis (6) días hábiles de permiso en un año calendario, adicionales al descanso. Estos permisos podrán ser fraccionados por medios días. El otorgamiento o denegación del permiso es discrecional de la jefatura responsable de la dependencia en que preste sus servicios el solicitante.
- Acceder al permiso para el padre, de 5 días hábiles, en caso de nacimiento de un hijo, el que podrá utilizar a elección desde el momento del parto, y en este caso será de días corridos, o distribuido dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento. Igual beneficio asistirá en caso de adopción. Para hacer uso del beneficio deberá presentar en Oficina de Personal, el certificado de nacimiento o sentencia definitiva en caso de adopción.
- Acceder a permiso por fallecimiento de hijo o cónyuge, de siete (7) días corridos pagados, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.
- Acceder a permiso de tres (3) días hábiles por fallecimiento de padre, madre o hijo en gestación, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.

**DECIMO SEGUNDO:** En caso de que los beneficios antes mencionados no hayan sido solicitados ni cursados dentro del periodo convenido, éstos podrán impetrarse, en caso de prórroga del convenio a honorarios, en el próximo periodo, siempre del año 2020.

**DECIMO TERCERO:** Las partes acuerdan que, en caso de fallecer el prestador (a) de servicios durante la vigencia del contrato, el establecimiento pagará a quien acredite ser cónyuge o, en subsidio de éste, hijo o padre o madre del causante, el monto de los honorarios que éste habría percibido en relación a una de las cuotas en que solicitó se dividiera el pago de su prestación a honorarios. Al efecto, quien solicite el retiro de este monto, deberá acreditar ante el establecimiento su calidad de cónyuge, hijo, padre o madre del causante respectivamente con los certificados de matrimonio, nacimiento y defunción o libreta de matrimonio que se le solicite.

**DECIMO CUARTO:** Dejase establecido que ambas partes podrán desahuciar este contrato, sin acreditar causas justificadas, con un aviso previo por escrito. No obstante, el Hospital Regional de Coyhaique se reserva el derecho de poner término en forma inmediata al contrato, si la otra parte no da cumplimiento a cabalidad a las cláusulas de este convenio, pagando al prestador sólo la fracción mensualidad correspondiente, y sólo en relación con el número de días efectivamente certificados como servidos, por el jefe de la unidad en que el prestador desarrolló sus funciones.

- DECIMO QUINTO:** Para efectos legales que deriven de la suscripción de este contrato, las partes se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de Justicia de Coyhaique.
- DECIMO SEXTO:** El presente Contrato se firma en 02 ejemplares de igual fecha, tenor y valor, quedando uno en poder de "El Prestador (a)" y los restantes serán distribuidos por "El Servicio" a las Unidades que estime pertinente.
- DECIMO SEPTIMO:** El Presente contrato incluye como parte integrante del mismo 3 anexos: Solicitud de contrato, Declaración Jurada Simple con toda la documentación de respaldo en caso de que el prestador preste también servicios a terceros, y Certificado de disponibilidad presupuestaria.
- DECIMO OCTAVO:** La personería y facultad del Director del Hospital Regional Coyhaique, para actuar en representación de "El Hospital", está emanada por Resolución AFECTA N°1279 de fecha 28/07/2017 que contiene nombramiento del Director del Hospital Coyhaique.

*Noralba Palomino*  
NORALBA PALOMINO FLORES  
AUXILIAR DE SERVICIO



AIME EDUARDO LOPEZ QUINTANA  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE



SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL. GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
S.D. GESTIÓN DE PERSONAS

## ANEXO N° 1

## DECLARACIÓN JURADA SIMPLE



COYHAIQUE, 01/02/2020

Señor

Director Hospital Regional Coyhaique

PRESENTE

Nombres

Apellidos

NORALBA	PALOMINO FLORES	
---------	-----------------	--

Cédula de Identidad

Estado Civil

Profesión u Oficio

24405115-4	CASADA	AUXILIAR DE SERVICIO
------------	--------	----------------------

1. Para los efectos lo dispuesto en el inciso 3º, del artículo 5º de la Ley N° 19.896, declaro que PRESTO (SI  - NO  ) Servicios en las siguientes reparticiones públicas :

Nombre de la Repartición	Calidad Jurid. (Planta-Cont.-H)	Remuneración	Labores	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

2. Asimismo, declaro que (SI  - NO  ) tengo contratos vigentes con proveedores o contratistas y/o con instituciones privadas que tienen convenios para ejecución de proyectos o se les hayan otorgados transferencias por esta repartición pública.

Individualización del contrato	Objetivo del Contrato	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

3. Por otra parte declaro que no me encuentro afecto a ninguna de las inhabilidades establecidas en el artículo 54º de la Ley N° 18.575 sobre bases de la Administración del Estado, que a continuación se expresan:

Nota importante: Consignar las inhabilidades especiales a las cuales se sujetan los funcionarios del Servicio contratante.

- a) No existe inhabilidades especiales para el Hospital Regional Coyhaique, siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo a las normativas vigentes.

- b) Tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con el Hospital Regional Coyhaique.

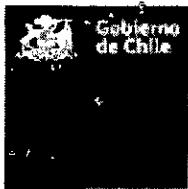
Tener litigios pendientes con el Hospital Regional Coyhaique, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.

Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratados o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes, con el Hospital Regional Coyhaique.

- c) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional Coyhaique.
  - d) Estar condenado por crimen o simple delito.
4. Finalmente, declaro bajo juramento que estos antecedentes corresponden a la realidad.



NORALBA PALOMINO FLORES  
FIRMA DEL INTERESADO (A)



# CERTIFICADO DE COTIZACIONES

## Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 30/04/2020

El FONDO NACIONAL DE SALUD dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) NORALBA PALOMINO FLOREZ, RUN 24405115-4, correspondientes al período de 04-2015 a 04-2020.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	03-2020	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		25-02-2020
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	02-2020	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		23-01-2020
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	01-2020	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		26-12-2019
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	12-2019	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		26-11-2019
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	11-2019	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		28-10-2019
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	10-2019	DECLARADA Y PAGADA	ANTIGUO REGIMEN	\$301,000	\$21,070	30	COTIZACIONES		14-11-2019
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	10-2019	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		25-09-2019
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	09-2019	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		27-08-2019
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	08-2019	DECLARADA Y PAGADA		\$437,362	\$0	30	COTIZACION LEY 21.133		30-07-2019
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	06-2018	DECLARADA Y PAGADA	ANTIGUO REGIMEN	\$276,000	\$19,320	30	COTIZACIONES		10-07-2018
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	04-2018	DECLARADA Y PAGADA	ANTIGUO REGIMEN	\$276,000	\$19,320	30	COTIZACIONES		25-05-2018
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	02-2017	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$154,000	\$9,856	14	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	13-03-2017
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	01-2017	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$329,000	\$21,056	29	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	10-02-2017
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	12-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$341,875	\$21,880	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	13-01-2017
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	11-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$364,406	\$23,322	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	13-12-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	10-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$360,651	\$23,082	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	09-11-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	09-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$424,489	\$27,167	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	11-10-2016



# CERTIFICADO DE COTIZACIONES

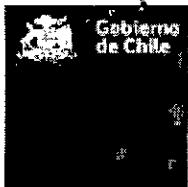
## Cuenta de Cotizaciones Obligatorias



Fecha Emisión: 30/04/2020

El FONDO NACIONAL DE SALUD dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) NORALBA PALOMINO FLOREZ, RUN 24405115-4, correspondientes al período de 04-2015 a 04-2020.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	08-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$341,875	\$21,880	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	11-09-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	07-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$399,454	\$25,565	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	12-08-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	06-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$332,500	\$21,280	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	11-07-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	05-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$239,584	\$15,333	23	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	10-06-2016
24405115-4	NORALBA PALOMINO FLOREZ	05-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$77,500	\$4,966	30	SUBSIDIOS		01-05-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	04-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$332,500	\$21,280	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	12-05-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	03-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$351,944	\$22,524	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	08-04-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	02-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$332,500	\$21,280	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	09-03-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	01-2016	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$332,500	\$21,280	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	09-02-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	12-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$321,250	\$20,560	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	11-01-2016
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	11-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$321,250	\$20,560	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	10-12-2015
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	10-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$344,680	\$22,060	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	11-11-2015
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	09-2015	DÉCLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$321,250	\$20,560	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	07-10-2015
70285100-9	Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción	09-2015	DÉCLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$149,917	\$0	0	SUBSIDIOS		
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	08-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$160,666	\$10,283	16	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	10-09-2015
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	07-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$321,250	\$20,560	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	11-08-2015
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	06-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$307,500	\$19,680	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	10-07-2015



# CERTIFICADO DE COTIZACIONES

## *Cuenta de Cotizaciones Obligatorias*



Fecha Emisión: 30/04/2020

El FONDO NACIONAL DE SALUD dispone del siguiente registro de movimientos de cotizaciones de salud para el(la) afiliado(a) Sr(a) NORALBA PALOMINO FLOREZ, RUN 24405115-4, correspondientes al período de 04-2015 a 04-2020.

Rut Empleador	Empleador	Período de Remuneraciones	Tipo Declaración	Régimen	Monto Renta Imponible	Monto Cotización	Días Trabajados	Tipo Remuneración	Afiliado CCAF	Fecha Pago
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	05-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$307,500	\$19,680	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	10-06-2015
77975340-9	SERVIMAULE LIMITADA	04-2015	DECLARADA Y PAGADA	NUEVO REGIMEN	\$307,500	\$19,680	30	COTIZACIONES	C.C.A.F. LOS ANDES	12-05-2015

Se extiende el presente certificado a petición del interesado, para los fines relacionados al área de salud.



*L. M. G.*  
Marcelo Mosso Gómez  
Director  
Fondo Nacional de Salud

Este certificado tiene una validez de 60 días, después de su emisión.

Código 1596435857

Notas:

1. Verifique que los montos aquí señalados sean iguales a los descuentos por concepto de cotización por salud FONASA efectuados por su empleador en su liquidación de remuneraciones o pensión. Cualquier consulta o reclamo se debe hacer llegar a FONASA a través de la página web (<http://www.fonasa.cl>).
2. Esta cartola de cotizaciones no es válida para efectos de lo establecido en la Ley N°19.844, relativa a acreditación de pago de cotizaciones previsionales por parte del empleador.
3. CT: Cotizaciones Temporales, serán validadas por FONASA en forma posterior.
4. PBS: Pensión Básica Solidaria.

**CERTIFICADO COTIZACIONES**
**Folio de Certificación N°:2EF4BBC4F4BD96539**
**30 de abril de 2020**

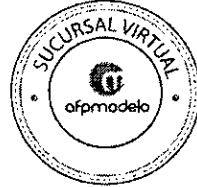
A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : NORALBA PALOMINO FLOREZ R.U.T.: 24.405.115-4 DOMICILIO: Panama 1150 Pobl.Marchant, Coyhaique, Coyhaique, Undecima Region registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 05/1981 y 04/2020.

Periodo	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
12-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.208	0,15	44.846,41	24.405.115-4	C
11-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
10-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
09-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
08-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
07-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
06-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
05-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
04-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
03-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
02-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
01-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
02-2017	COTIZACION NORMAL	13/03/2017	15.400	0,39	39.320,18	77.975.340-9	C
01-2017	COTIZACION NORMAL	10/02/2017	32.900	0,85	38.579,17	77.975.340-9	C
12-2016	COTIZACION NORMAL	13/01/2017	34.188	0,89	38.386,68	77.975.340-9	C
11-2016	COTIZACION NORMAL	13/12/2016	36.441	0,97	37.377,82	77.975.340-9	C
10-2016	COTIZACION NORMAL	09/11/2016	36.065	0,95	37.772,65	77.975.340-9	C
09-2016	COTIZACION NORMAL	11/10/2016	42.449	1,11	38.242,58	77.975.340-9	C
08-2016	COTIZACION NORMAL	11/09/2016	34.188	0,90	38.063,25	77.975.340-9	C
07-2016	COTIZACION NORMAL	12/08/2016	39.945	1,07	37.269,34	77.975.340-9	C
06-2016	COTIZACION NORMAL	11/07/2016	33.250	0,91	36.709,94	77.975.340-9	C
05-2016	COTIZACION NORMAL	10/06/2016	23.958	0,65	36.959,98	77.975.340-9	C

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
05-2016	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	10/06/2016	7.758	0,21	36.959,98	81.826.800-9	C
04-2016	COTIZACION NORMAL	12/05/2016	33.250	0,91	36.557,69	77.975.340-9	C
03-2016	COTIZACION NORMAL	08/04/2016	35.194	0,98	36.013,00	77.975.340-9	C
02-2016	COTIZACION NORMAL	09/03/2016	33.250	0,94	35.535,81	77.975.340-9	C
01-2016	COTIZACION NORMAL	09/02/2016	33.250	0,95	35.073,02	77.975.340-9	C
12-2015	COTIZACION NORMAL	11/01/2016	32.125	0,90	35.502,29	77.975.340-9	C
11-2015	COTIZACION NORMAL	10/12/2015	32.125	0,90	35.782,88	77.975.340-9	C
10-2015	COTIZACION NORMAL	11/11/2015	34.468	0,95	36.168,05	77.975.340-9	C
09-2015	COTIZACION NORMAL	07/10/2015	32.125	0,91	35.400,39	77.975.340-9	C
09-2015	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	13/10/2015	14.992	0,42	35.632,70	70.285.100-9	C
08-2015	COTIZACION NORMAL	10/09/2015	16.067	0,45	35.340,09	77.975.340-9	C
07-2015	COTIZACION NORMAL	11/08/2015	32.125	0,89	36.256,57	77.975.340-9	C
06-2015	COTIZACION NORMAL	10/07/2015	30.750	0,87	35.223,05	77.975.340-9	C
05-2015	COTIZACION NORMAL	10/06/2015	30.750	0,87	35.156,02	77.975.340-9	C
04-2015	COTIZACION NORMAL	12/05/2015	30.750	0,88	35.114,89	77.975.340-9	C
03-2015	COTIZACION NORMAL	07/04/2015	37.906	1,09	34.832,84	77.975.340-9	C
02-2015	COTIZACION NORMAL	11/03/2015	37.458	1,08	34.712,09	77.975.340-9	C
01-2015	COTIZACION NORMAL	11/02/2015	21.722	0,63	34.496,16	77.975.340-9	C
01-2015	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	10/02/2015	18.785	0,54	34.483,63	81.826.800-9	C
12-2014	COTIZACION NORMAL	12/01/2015	6.469	0,19	33.739,63	77.975.340-9	C
12-2014	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	12/01/2015	31.308	0,93	33.739,63	81.826.800-9	C
11-2014	COTIZACION NORMAL	11/12/2014	37.570	1,11	33.793,16	77.975.340-9	C
10-2014	COTIZACION NORMAL	12/11/2014	32.092	0,96	33.340,58	77.975.340-9	C
09-2014	COTIZACION NORMAL	10/10/2014	40.442	1,23	32.944,58	77.975.340-9	C
08-2014	COTIZACION NORMAL	10/09/2014	34.373	1,02	33.840,30	77.975.340-9	C
07-2014	COTIZACION NORMAL	12/08/2014	36.875	1,12	32.856,78	77.975.340-9	C
06-2014	COTIZACION NORMAL	10/07/2014	36.050	1,11	32.414,27	77.975.340-9	C
05-2014	COTIZACION NORMAL	10/06/2014	34.417	1,07	32.035,23	5.894.971-K	C
04-2014	COTIZACION NORMAL	12/05/2014	27.184	0,86	31.536,76	5.894.971-K	C
03-2014	COTIZACION NORMAL	10/04/2014	26.250	0,84	31.192,25	5.894.971-K	C

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
02-2014	COTIZACION NORMAL REZAGADO	10/03/2014	14.875	0,48	30.947,06	5.894.971-K	C
10-2013	COTIZACION NORMAL	08/11/2013	13.125	0,44	29.566,96	76.144.282-1	C
08-2013	COTIZACION NORMAL REZAGADO	05/09/2013	13.125	0,46	28.344,36	76.144.282-1	C
06-2013	COTIZACION NORMAL REZAGADO	04/07/2013	6.032	0,21	28.208,53	76.144.282-1	C

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada, para los fines que estime conveniente, excluyendo su presentación en tribunales para formular un reclamo de cobranza de cotizaciones previsionales, Ley 20.023.



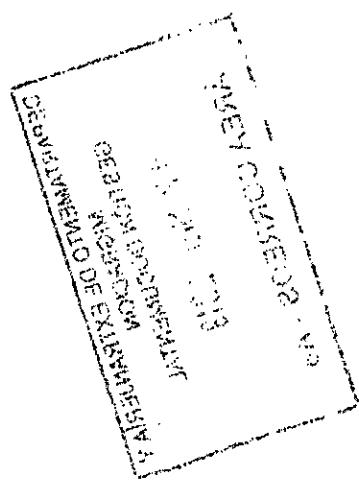
AFP Modelo  
Servicio al Cliente

FONDO A	FONDO B	FONDO C	FONDO D	FONDO E
MAS RIESGOSO	RIESGOSO	INTERMEDIO	CONSERVADOR	MAS CONSERVADOR

Este certificado tiene una validez de 35 días a contar de la fecha de emisión y puede comprobar su validez ingresando a [www.afpmodelo.cl](http://www.afpmodelo.cl), opción "Herramientas - Validar Certificados", ingresando Rut y número Folio de Certificación".

CORREOS CHILE		AM	DOCUMENTO EXPRESS AM					
Declaración de Envío	Origen: SUCURSAL COYHAIQUE	Código Cliente: 0				Guía Electrónica		
	Razón Social:	R.U.T Cliente:				06/08/2019-09:13		
	Res. de Contenido: DOCTOS.	Referencia:						
	Factura / Boleta:	Vía de Cont:						
	Sellos:	P.Dest:	Tarifa:	3075909508466				
	DEPARTAMENTO DE CORREOS - 46							
	REMITENTE				Destinatario			
	Nombre: NORALBA PALOMINOS FLOREZ	Nombre: SECCION CARTA NACIONALIZACION (1478050)						
	Dirección: MAXIMILIANO CASAS 229	Dirección: CLASIFICADOR NUMERO 8 CORREO CENTRAL						
	Comuna: COYHAIQUE	Comuna: SANTIAGO						
	Ciudad: COYHAIQUE	Ciudad: SANTIAGO						
	País: Chile	País: Chile						
	Cód Postal: 5951224	Cód Postal: 8320000						
	Teléfono: 91459281	Teléfono: 1111111111						
	Referencia: 3075909508466							
	Factura Ref:							
	Observaciones:							
	Peso(g) 60 Peso VOL. 0 Dimensiones(cm.) 0 0 0 0							
	Encaminamiento 0-27-8320000-7 N° Envío 0001-15.491.186 Bulto(S) 001							
	02783200007000115491186001							
	SDP CORREOS CHILE PASION POR LA ENTREGA PLANTA DESTINO							
	06 AOUT 2019 FGZ - SANTIAGO							
	SUCURSAL DESTINO							
	CDP / CUARTEL							

 <b>AM</b>		<b>SUCURSAL COYHAIQUE</b> DOCUMENTO EXPRESS AM																									
Declaro que el contenido de sus envíos no contiene ningún tipo de mercancía peligrosa ni prohibida; que conoce la normativa que regula el transporte de estas, así como las sanciones asociadas a la infracción de la ley y sus reglamentos. Además, declara conocer las condiciones del servicio referidas a las limitaciones e indemnizaciones por destrucción, avería o despojo que se encuentren publicadas en el sitio web <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a>	<b>Origen:</b> SUCURSAL COYHAIQUE <b>Razón Social:</b>		<b>Código Cliente:</b> 0 <b>R.U.T Cliente:</b>		<b>Guía Electrónica</b> 06/08/2019-09:13																						
	Des. de Contenido: DOCTOS.		<b>Referencia:</b>  3075909508466																								
	N° Factura / Boleta:		Valor Cont:																								
	Reembolso:		P.Dest:	Tarifa: \$ 8.730																							
	<b>Remitente</b>				<b>Destinatario</b>																						
	Nombre: NORALBA PALOMINOS FLOREZ				Nombre: SECCION CARTA NACIONALIZACION (1478050)																						
	Dirección: MAXIMILIANO CASAS 229				Dirección: CLASIFICADOR NUMERO 8 CORREO CENTRAL																						
	Comuna: COYHAIQUE				Comuna: SANTIAGO																						
	Ciudad: COYHAIQUE				Ciudad: SANTIAGO																						
País: Chile				País: Chile																							
Cód Postal: 5951224				Cód Postal: 8320000																							
Teléfono: 91459281				Teléfono: 1111111111																							
 02783200007000115491186001				Referencia: 3075909508466 Factura Ref: Observaciones: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Peso(g)</td> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Peso VOL</td> <td colspan="3" style="width: 50%; padding: 2px;">Dimensiones(cm.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Encaminamiento</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">N° Envío</td> <td style="padding: 2px;">Bulto(S)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">0-27-8320000-7</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">0001-15.491.186</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">001</td> </tr> </table>				Peso(g)	Peso VOL	Dimensiones(cm.)			60	0	0	0	0	Encaminamiento		N° Envío		Bulto(S)	0-27-8320000-7		0001-15.491.186		001
Peso(g)	Peso VOL	Dimensiones(cm.)																									
60	0	0	0	0																							
Encaminamiento		N° Envío		Bulto(S)																							
0-27-8320000-7		0001-15.491.186		001																							
Servicio a Clientes 600 950 20 20 <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a>		SDP	PLANTA DESTINO <b>FGZ - SANTIAGO</b>		SUCURSAL DESTINO		CDP / CUARTEL																				



## CERTIFICADO COTIZACIONES

Folio de Certificación Nº:86C53D04407472849

02 de agosto de 2019

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : NORALBA PALOMINO FLOREZ R.U.T.: 24.405.115-4 DOMICILIO: Max Casas 229, Coyhaique, Coihaique, Undecima Region registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al período comprendido entre 08/2018 y 08/2019.

Período	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
12-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.208	0,15	44.846,41	24.405.115-4	C
11-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
10-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
09-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C
08-2018	COT. NORMAL AFIL. INDEPENDIENTE TRANSF.	30/05/2019	2.204	0,04	44.846,41	24.405.115-4	C

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada, para los fines que estime conveniente, excluyendo su presentación en tribunales para formular un reclamo de cobranza de cotizaciones previsionales, Ley 20.023.



AFP Modelo  
Servicio al Cliente

FONDO A	FONDO B	FONDO C	FONDO D	FONDO E
MAS RIESGOSO	RIESGOSO	INTERMEDIO	CONSERVADOR	MAS CONSERVADOR

Este certificado tiene una validez de 35 días a contar de la fecha de emisión y puede comprobar su validez ingresando a [www.afpmodelo.cl](http://www.afpmodelo.cl), opción "Herramientas - Validar Certificados", ingresando Rut y número Folio de Certificación".

\* Monstruos .

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 31

RUT: 24.405.115-4  
GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
**AUXILIAR DE COCINA**  
MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 28 de Enero de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C  
Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Rut: 61.602.280- 6

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE ENERO 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impo. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 28/01/2019 20:12



2440511500031CBDD582

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201907261300

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:00

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 32

RUT: 24.405.115-4

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
**AUXILIAR DE COCINA**

MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 27 de Febrero de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C  
Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Rut: 61.602.280-6

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE FEBRERO 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impo. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 27/02/2019 08:01



2440511500032A560885

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201907261301

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:01

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 33

RUT: 24.405.115-4

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
**AUXILIAR DE COCINA**  
MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 27 de Marzo de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C  
Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Rut: 61.602.280-6

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE MARZO 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impto. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 27/03/2019 16:48



2440511500033255F5A7

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201907261301

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:01

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 34

RUT: 24.405.115-4

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
**AUXILIAR DE COCINA**  
MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 28 de Marzo de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C

Rut: 61.602.280- 6

Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE MARZO 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impo. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 28/03/2019 11:56



24405115003432A788D

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201907261301

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:01

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 35

RUT: 24.405.115-4  
GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
**AUXILIAR DE COCINA**  
MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 26 de Abril de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C  
Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Rut: 61.602.280-6

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE ABRIL 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impo. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 26/04/2019 19:07



24405115000358ADA381

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201907261301

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:01

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 36

RUT: 24.405.115-4  
GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
**AUXILIAR DE COCINA**  
MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 26 de Mayo de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C  
Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Rut: 61.602.280- 6

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE ABRIL 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impo. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 26/05/2019 08:34



2440511500036E0E783B

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201907261302

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:02

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N ° 37

RUT: 24.405.115-4

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
**AUXILIAR DE COCINA**  
MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 26 de Mayo de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C

Rut: 61.602.280- 6

Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE MAYO 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impo. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 26/05/2019 08:34



2440511500037E0E783B

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201807261302

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:02

NORALBA PALOMINO FLOREZ

BOLETA DE HONORARIOS

ELECTRONICA

N ° 38

RUT: 24.405.115-4

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,

**AUXILIAR DE COCINA**

MAX. CASAS 229 Villa/Pob. GABRIELA MISTRAL , COYHAIQUE

Fecha: 27 de Junio de 2019

Señor(es): SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE C

Rut: 61.602.280- 6

Domicilio: JORGE IBAR 068, COYHAIQUE

Por atención profesional:

TRABAJO REALIZADO EN SERVICIO DE CIRUGIA MES DE JUNIO 2019	592.371
Total Honorarios \$:	592.371
10 % Impo. Retenido:	59.237
Total:	533.134

Fecha / Hora Emisión: 27/06/2019 01:41



244051150003839D641E

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

11201907261302

Fecha / Hora Impresión: 26/07/2019 13:02

REPÚBLICA DE CHILE  
SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS  
FORM. 22

# AÑO TRIBUTARIO 2019

## IMPUESTOS ANUALES A LA RENTA

Rut: 24405115-4  
07 N° 220816429

**03 ROL ÚNICO TRIBUTARIO**

24405115-4

**01 Apellido Paterno o Razón Social**

PALOMINO

**02 Apellido Materno**

FLOREZ

**05 Nombres**

NORALBA

**06 Calle N° Of. Depto.**

MAX. CASAS 229

**09 Teléfono**

**08 Comuna**

COYHAIQUE

**13 Actividad, profesión o giro del negocio**

OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.

**14 Código actividad económica**

960909

**903 RUT. del Representante**

**55 Correo Electrónico**

PALOMINOFLOREZNORALBA@GMAIL.COM

15	Fecha Vencimiento Declaración	04/2019
53	Región	11
110	Rentas percibidas de los Arts. 42 N° 2 (Honorarios) y 48 (Rem. Directores S.A.), según Recuadro N°1.	4.592.301
158	SUB TOTAL (Si declara Impuesto Adicional trasladar a linea 62 o 63).	4.592.301
170	BASE IMPONIBLE ANUAL DE IUSC o IGC (Registre sólo si diferencia es positiva).	4.592.301
198	Retenciones por rentas declaradas en línea 8 (Recuadro N°1).	656.043
301	Nombre Institución Bancaria	BANCOESTADO
305	Resultado Liquidación Impo Rta	-498.671
306	Numero de Cuenta	24405115
315	Fecha Presentación	15/04/2019
461	Honorarios Anuales Con Retención	6.560.430
	Total Honorarios	

467		4.592.301
492	Impuesto Retenido de Honorarios Anuales Con Retención.	656.043
494	Gastos Presuntos: 30 porciento sobre el código 547, con tope 15 UTA	1.968.129
547	Total Ingresos Brutos	6.560.430
611	Retenciones Recuadro N° 1 / Mayor Retención por sueldo	656.043
618	Total Rentas y Retenciones	4.592.301
619	Impuesto Retenido del Total Rentas y Retenciones.	656.043
780	Tipo de Cuenta	R
900	Cargo por Cotizaciones Previsionales según Arts.89 y Sgtes. D.L. N° 3.500.	157.372

Folio N° 220816429

**REMANENTE DE CRÉDITO**

SALDO A FAVOR	85	498.671	+
Menos: Saldo Puesto a Disposición de los Socios .	86		-
MONTO DEVOLUCIÓN SOLICITADA	87	498.671	=

**IMPUESTO A PAGAR**

Impuesto Adeudado	90		+
Reajuste Art.72 línea 87	39		+
TOTAL A PAGAR (LÍNEAS 87 Y 88).	91		=

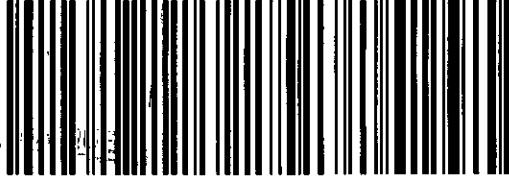
**RECARGOS POR DECLARACIÓN FUERA DE PLAZO (RECARGOS POR MORA EN EL PAGO)**

MAS: Reajustes Declaración Fuera de Plazo	92		+
MAS: Intereses y Multas Declaración Fuera de Plazo	93		+
Monto de Condonación a Aplicar	795		-
TOTAL A PAGAR (LÍNEAS 89+90+91)	94		=

Declaro bajo juramento que la información contenida en este documento es la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

[Ver Compacto en PDF](#)

<b>CORREOSCHILE</b>	<b>AM</b>	DOCUMENTO EXPRESS AM									
<p>Declaro que el contenido de sus envíos no contiene ningún tipo de mercancía peligrosa ni prohibida; que conoce la normativa que regula el transporte de estas, así como las sanciones asociadas a la infracción de la ley y sus reglamentos. Además, declara conocer las condiciones del servicio referidas a las limitaciones e indemnizaciones por destrucción, avería o despojo que se encuentren publicadas en el sitio web <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a></p> <p>Nombre: NORALBA PALOMINOS</p> <p>Ruty Firma Fecha: 02/08/2019 PASIÓN 02</p>	<b>Origen:</b> SUCURSAL COYHAIQUE <b>Razón Social:</b> Des. de Contenido: DOC N° Factura / Boleta: Reembolso: P.Dest: Tarifa: \$ 8.730			<b>Código Cliente:</b> 0 <b>R.U.T Cliente:</b> Referencia:  3075909253168			<b>Guía Electrónica</b> 02/08/2019-09:18				
	<b>Remitente</b>			<b>Destinatario</b>							
	Nombre: NORALBA PALOMINOS Dirección: MAXIMILIANO CASAS 229 Comuna: COYHAIQUE Ciudad: COYHAIQUE País: Chile Cód Postal: 5951224 Teléfono: 91459281			Nombre: SECCION CARTA NACIONALIZACION (1478050) Dirección: CLASIFICADOR NUMERO 8 CORREO CENTRAL Comuna: SANTIAGO Ciudad: SANTIAGO País: Chile Cód Postal: 8320000 Celular: 11111111							
				Referencia: 3075909253168 Factura Ref: <b>30 AGO 2019</b> Observaciones: <b>REACORREOS - A10</b> Peso(g): 50 Peso VOL: 0 Dimensiones(cm.): 0 0 0 Encaminamiento: 0-27-8320000-7 N° Envío: 0001-15.475.388 Bulto(S): 001							
	Servicio a Clientes 600 950 20 20 <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a>			<b>PLANTA DESTINO</b> <b>FGZ - SANTIAGO</b>			<b>SUCURSAL DESTINO</b> <b>CDP / CUARTEL</b>				

<b>CORREOSCHILE</b>	<b>AM</b>	DOCUMENTO EXPRESS AM									
<p>Declaro que el contenido de sus envíos no contiene ningún tipo de mercancía peligrosa ni prohibida; que conoce la normativa que regula el transporte de estas, así como las sanciones asociadas a la infracción de la ley y sus reglamentos. Además, declara conocer las condiciones del servicio referidas a las limitaciones e indemnizaciones por destrucción, avería o despojo que se encuentren publicadas en el sitio web <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a></p> <p>Nombre: NORALBA PALOMINOS</p> <p>Ruty Firma Fecha: 02/08/2019 PASIÓN 02</p>	<b>Origen:</b> SUCURSAL COYHAIQUE <b>Razón Social:</b> Des. de Contenido: DOC N° Factura / Boleta: Reembolso: P.Dest: Tarifa: \$ 8.730			<b>Código Cliente:</b> 0 <b>R.U.T Cliente:</b> Referencia:  3075909253168			<b>Guía Electrónica</b> 02/08/2019-09:18				
	<b>Remitente</b>			<b>Destinatario</b>							
	Nombre: NORALBA PALOMINOS Dirección: MAXIMILIANO CASAS 229 Comuna: COYHAIQUE Ciudad: COYHAIQUE País: Chile Cód Postal: 5951224 Teléfono: 91459281			Nombre: SECCION CARTA NACIONALIZACION (1478050) Dirección: CLASIFICADOR NUMERO 8 CORREO CENTRAL Comuna: SANTIAGO Ciudad: SANTIAGO País: Chile Cód Postal: 8320000 Celular: 11111111							
				Referencia: 3075909253168 Factura Ref: <b>30 AGO 2019</b> Observaciones: <b>REACORREOS - A10</b> Peso(g): 50 Peso VOL: 0 Dimensiones(cm.): 0 0 0 Encaminamiento: 0-27-8320000-7 N° Envío: 0001-15.475.388 Bulto(S): 001							
	Servicio a Clientes 600 950 20 20 <a href="http://www.correos.cl">www.correos.cl</a>			<b>PLANTA DESTINO</b> <b>FGZ - SANTIAGO</b>			<b>SUCURSAL DESTINO</b> <b>CDP / CUARTEL</b>				

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR  
DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA  
Y MIGRACIÓN

Nº int.: 11581794

OF. ORD. N° 62875

ANT.: Solicitud de  
Carta de Nacionalización.

MAT.: Solicitud antecedentes.

SANTIAGO, 09 JUL 2019

DE : DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA Y MIGRACIÓN  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA

A : PALOMINO FLOREZ, Noralba (1478050)  
MAXIMILIANO CASAS N° 229  
COYHAIQUE  
COYHAIQUE

Con relación a su solicitud de Carta de Nacionalización, se requiere que Ud. remita los siguientes documentos:

Última declaración anual a la renta, 6 últimos pagos de IVA, informe anual de boletas electrónicas a honorarios.

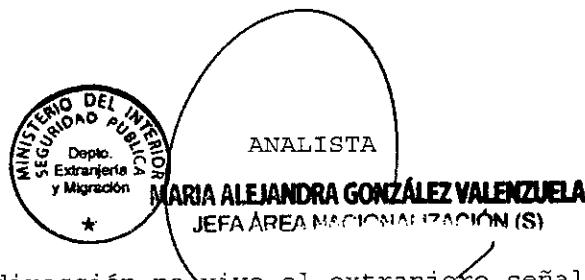
IMPORTANTE: REMITA LOS ANTECEDENTES UNA VEZ QUE REUNA TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.

NOTA: SE SOLICITA ADJUNTAR COPIA DE LA PRESENTE CARTA.

Los antecedentes solicitados deberán enviarse por CORREO CERTIFICADO, dirigido a: SECCIÓN CARTA DE NACIONALIZACIÓN (COD.1478050), CLASIFICADOR 8 - CORREO CENTRAL, SANTIAGO.

Saluda atentamente a Ud.

POR ORDEN DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA Y MIGRACIÓN



NOTA : Si en esta dirección no vive el extranjero señalado, favor remitir a San Antonio 580, piso 3, Santiago, Oficina de Partes (2 2486 3056).

[219] MVC/MAGV  
24/06/2019

DISTRIBUCIÓN:  
Interesada  
Archivo DEM  
Gobernación Provincial de COYHAIQUE (copia informativa)

### RESUMEN ANTECEDENTES CARTA DE NACIONALIZACION

N° Y FECHA SOLICITUD 1 del 22/04/2019

ORIGEN GOB COYHAIQUE

NOMBRES : NORALBA	APELLIDO UNO : PALOMINO	APELLIDO DOS : FLOREZ		
FECHA Y PAIS DE NACIMIENTO 21/02/1969 en COLOMBIA		EDAD 50		
NACIONALIDAD COLOMBIA	RUN 24.405.115-4	ESTADO CIVIL : CASADO		
SEXO FEMENINO	RESIDE EN COYHAIQUE			
ACTIVIDAD EMPLEADO		PROFESION EMPLEADO		
CONYUGE CHI	N° HIJOS CHI	EXT		
INGRESO AL PAIS 28/03/2011	AÑOS RESIDE 7	AÑOS VISA 3	AÑOS C/PEDE 4	AÑO PEDE 2015
PEDE VIGENTE SI	ANTECEDENTES EN POLIN NO	ANT. DICOM NO	VIAJES: NO	
PERIODO FUERA DEL PAIS				

#### DOCUMENTACION

FICHA DEM X	INFORME POLIN X	CERT. CONSULAR	PASAPORTE X	FOTOS X	C. IDENT. X	CERT. ANT. X
CEPEDE N° 485613	DE MATRIM. X	CERT. NAC. HIJOS	CERT. NAC. CONYUGE X			
OTROS CERT. ANT. PENALES						

#### ACTIVIDAD ECONOMICA Y DOCUMENTOS :

RECURSOS ECONOMICOS : SI			
CONT. TRABAJO X	LIQ. SUELDOS	CERT. EMPLEADOR	ESCRITURA SOC.
DEC. IMPOTOS	IVAS	BALANCE	CERT. ESTUDIOS
EXPENSAS	PAGO PENSION	BOLETAS HONORARIOS	
OTROS INGRESOS			
OTROS ANTECEDENTES			
INFORME ECONOMICO			

Antecedentes que faltan :

última declaración anual a la renta, 6 últimos pagos de IVA, informe anual de boletas electrónicas a honorarios.

#### RECOMENDACION : PENDIENTE

#### MOTIVOS

Reside en el país hace 7 años, casada. Actualmente se desempeña como Auxiliar, se solicitan mas antecedentes.


**POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE**

Departamento de Migraciones y Policía

Internacional Coyhaique

Coyhaique, 29.MAY.019

**INFORME DE SOLICITUD DE CARTA DE NACIONALIZACIÓN. -**

AL  
SEÑOR MINISTRO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA  
PRESENTE

- 1) En cumplimiento a Oficio Ordinario N° 38, de fecha 22.ABR.019, de la Gobernación Provincial Coyhaique, se emite el informe correspondiente a la solicitud de Carta de Nacionalización de la ciudadana extranjera que a continuación se individualiza:

NOMBRE	: Noralba PALOMINO FLOREZ.
NACIONALIDAD	: Colombiana.
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	: Tuluá, el 21.FEB.969.
NOMBRE COMPLETO DE SUS PADRES	: Héctor PALOMINO y Encarnación FLOREZ VALENCIA.
NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS	: Enseñanza media completa.
PROFESIÓN	: No tiene.
TÍTULOS OTORGADOS	: Masajes terapéuticos.
ACTIVIDAD ACTUAL	: Auxiliar de servicio.
PASAPORTE N°	: AO582973.
CEDULA DE IDENTIDAD PARA EXTRANJEROS N°	: 24.405.115-4.
DOMICILIO PARTICULAR	: Maximiliano Casas N°229, Coyhaique
DOMICILIO COMERCIAL	: Doctor Jorge Ibar N°068, Coyhaique. (Hospital Regional de Coyhaique)
TELÉFONO DE CONTACTO	: 991459281.

- 2) Antecedentes de Migraciones y Policía Internacional:

2.1 Ingreso a Chile por primera vez: el 26.MAR.011.

2.2 En calidad de: Turista.

2.3 Lugar de ingreso: Aeropuerto Arturo Merino Benítez.

2.4 Procedente de: Colombia.

2.5 Es Titular de Permiso de Permanencia Definitiva, otorgado por Resolución Exenta N° 75.924, de fecha 13 de mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, contenida en Certificado Nro. 485.613, del 02.JUN.015.

**2.6** En los archivos institucionales no registran antecedentes policiales de detenciones, ni encargos judiciales pendientes, como asimismo en la Oficina Central Nacional INTERPOL Santiago, no registra antecedentes negativos, ni encargos a nivel internacional.

**3)** Respecto a los Artículos 4° y 5° del D.S. N° 5.142 del año 1960, se informa:

**3.1** Que, ha residido solo en la comuna de Coyhaique.

**3.2** Que, ha desarrollado diversas actividades en la comuna de Coyhaique, como: manipuladora de alimentos y auxiliar de servicios.

**3.3** Que, contrajo matrimonio en Chile, el 27 de noviembre de 2013, con don Arturo Luis LINCOMAN TAVIE, chileno, nacido en Coyhaique, el 23.SEP.1980, 38 años de edad, cédula de identidad N° 13.970.196-8.

**3.4** Que, la ciudadana extranjera, no se han nacionalizado anteriormente en otro país.

**4)** Invoca las siguientes razones y consideraciones para solicitar carta de nacionalización en chile:

Al ser consultada en entrevista personal realizada el día 14.MAY.019, a las 16:00 horas, señaló:

**4.1.** Que, tras vivir en Chile por más de 8 años, ha logrado adaptarse a la cultura y modelo de vida actual y sobre todo a las condiciones climáticas de la ciudad de Coyhaique.

**4.2** Que, desde su ingreso al territorio nacional, ha realizado correctamente sus trámites para permanecer regular en el país.

**4.3** Que, actualmente ha logrado permanecer con empleo estable, logrando así un desarrollo económico sustentable, con buenos estándares de vida. Además, ha logrado buena convivencia con sus pares, siendo bien catalogada.

**4.4** Que, sus intenciones primordiales son residir definitivamente en el país y poder optar por las subvenciones que da el estado a los chilenos, razones que la impulsan a obtener la nacionalidad.

**5)** Otros antecedentes:

Diligencias relacionadas a determinar su calidad de vida:

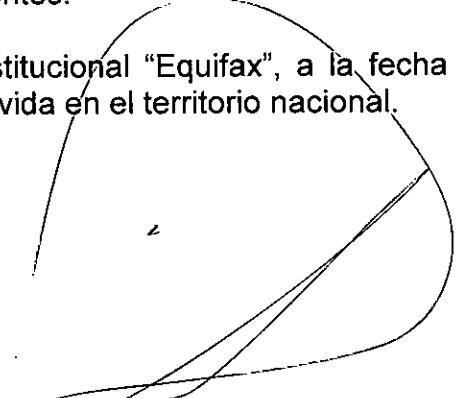
**5.1** Que, el día 13 de mayo del presente año, a eso de las 15:30 horas, el Inspector Jorge CORDOVA FIGUEROA junto al Subinspector James SANDOVAL CID, concurrieron a la dirección de **Noralba PALOMINO FLOREZ**, donde se procedió a entrevistar a sus vecinos, siendo el primero de ellos doña Brígida del Carmen PAREDES AGUILAR, chilena, nacida en Puerto Montt, el 25.MAY.991, 28 años de edad, soltera, cédula de identidad N° 17.891.169-4, domiciliada en calle Maximiliano Casas N° 217, Coyhaique, quien manifestó conocer a su vecina doña Noralba desde hace de seis años a la fecha aproximadamente, destacándola como buena vecina, con quien no ha tenido problemas de convivencia, agregando además que junto a su pareja son un matrimonio de bien y se les ve los domingos concurrir a una iglesia evangélica que se ubica en las cercanías.

Posteriormente se entrevistó a doña Juanita del Carmen REYES MANSILLA, chilena, nacida en Coyhaique, el 21.OCT.955, 63 años de edad, casada, cédula de identidad N° 7.726.893-6, domiciliada en calle Maximiliano Casas N° 241, Coyhaique, quien en relación a doña Noralba manifestó que, efectivamente era su vecina por aproximadamente seis años, que no era una persona de malas costumbres, al contrario, la categorizó como buena vecina con la cual no ha tenido problema, teniendo una vida normal, sin fiestas y junto a su pareja tenían un tranquilo matrimonio.

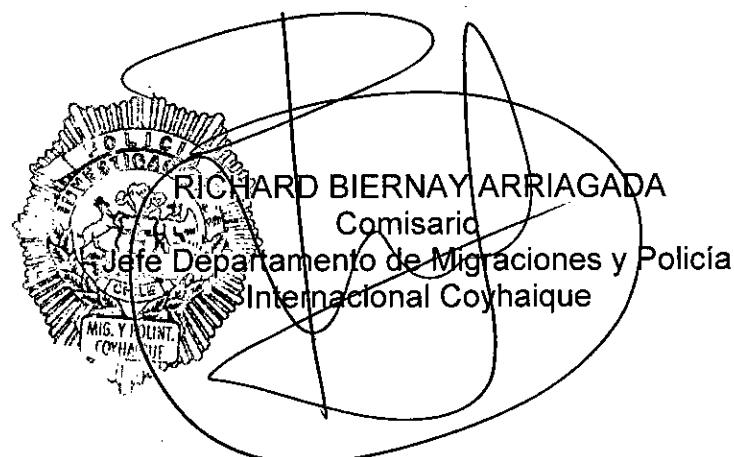
De igual forma, se entrevistó telefónicamente a doña Alba Pamela BAHAMONDEZ NAVARRETE, chilena, nacida en Coyhaique, el 04.MAR.978, 41 años de edad, casada, cédula de identidad N° 13.410.388-4, domiciliada en camino El Salto Chico, lote 4-A, Coyhaique, quien se desempeña como Enfermera Jefa de Servicio de Cirugía del Hospital de Coyhaique, quien al ser consultada por Noralba PALOMINO FLOREZ, manifestó que, lleva aproximadamente dos años trabajando en el sector de cirugía como auxiliar de aseo, realizando primer y cuartos turnos (día y noche), desempeñándose responsablemente y manteniendo una buena convivencia con sus pares, logrando ser un aporte para el trabajo diario que se realiza en ese departamento.

**5.2** Que, al ingresar información de **Noralba PALOMINO FLOREZ**, en nuestros Sistemas Institucionales como **INTERPOL**, además del Sistema integrado de Búsqueda de Información (S.I.B.I.), no poseen encargos judiciales nacionales e internacionales vigentes.

**5.3** Que, tras revisar el sistema extra institucional "Equifax", a la fecha no poseen deudas asociadas a su calidad de vida en el territorio nacional.



JORGE CORDOVA FIGUEROA  
Inspector



POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE

Departamento de Migraciones y Policía  
Internacional Coyhaique

Sol. 01

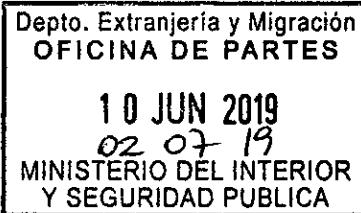
22.04.19

ORD.: N° 464 /

ANT.: Oficio Nro. 38, de fecha  
22.ABR.019, de la Gobernación  
Provincial Coyhaique.

MAT.: Remite Informe Solicitud de Carta  
de Nacionalización.

Coyhaique, 29.MAY.019

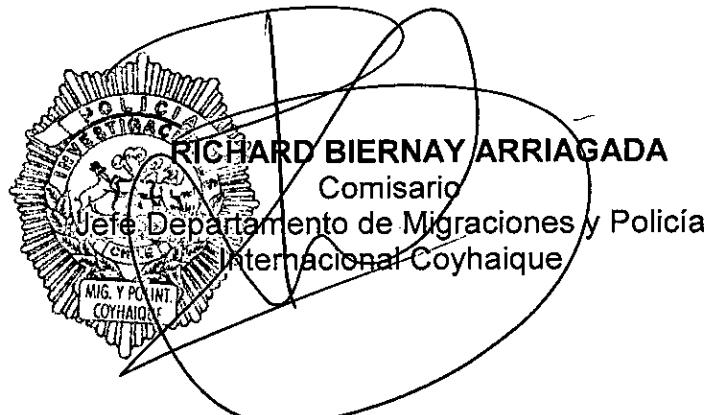


DE : DEPARTAMENTO DE MIGRACIONES Y POLICÍA  
INTERNACIONAL COYHAIQUE

A : MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA  
(Departamento de Extranjería y Migración)

- 1.- Refiérome a documento señalado en el "ANT.", mediante el cual se remite a este Departamento de Migraciones y Policía Internacional Coyhaique, solicitud de Carta de Nacionalización de:
  - **Noralba PALOMINO FLOREZ**, de nacionalidad colombiana, titular de Permanencia Definitiva.
- 2.- Al respecto, se adjunta Informe y Expediente sobre la Solicitud de Carta de Nacionalización, requerido por esa Gobernación Provincial Coyhaique.

Saluda a US.



RBA/jcf

Distribución:

- Min. del Int. y Seg. Pública (1) ✓
- Gob. Prov. Coyhaique (1)
- Jenamig (1)
- Archivo (1) /

17465003

10000000

GOBIERNO DE CHILE  
Ministerio del Interior  
y Seguridad Pública

20/06/2019 17:46

Código de Extranjero : 1478050

## DOCUMENTO DE USO INTERNO

## Ficha de Extranjero

Nombres : NORALBA  
 Primer Apellido : PALOMINO  
 Segundo Apellido : FLOREZ  
 Run : 24.405.115-4  
 Fecha de Nacimiento : 21-02-1969  
 Estado Civil : CASADO  
 Sexo : FEMENINO  
 País Origen : COLOMBIA  
 País Nacionalidad : COLOMBIA  
 Nombre Titular :  
 Nombre Padre : HECTOR PALOMINO  
 Nombre Madre : ENCARNACIÓN FLOREZ

## DOCUMENTOS

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 464  
 Fecha Documento : 29-05-2019  
 Autoridad Origen : POLICIA DE INVESTIGACIONES DE COYHAIQUE  
 Materia : INFORME POLICIAL RECIBIDO  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones : Ingresado por: FZENTENOM  
 Etapas :  
 10-06-2019 - INGRESADA - FZENTENOM  
 10-06-2019 - UNE DOCUMENTO A EXTRANJERO - FZENTENOM

---

Tipo Documento : COMUNICACION ELECTRONICA (respuesta de Polin)  
 N° Documento : 2019163890  
 Fecha Documento : 22-04-2019  
 Autoridad Origen : POLIN  
 Materia : INFORME POLICIAL RECIBIDO  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: POLINT POSITIVO  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : INFORME ELECTRONICO (solicita informe a Polin)  
 N° Documento : 163890  
 Fecha Documento : 22-04-2019  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : SOLICITA INFORME  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 38  
 Fecha Documento : 22-04-2019  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : Remite EXPEDIENTE Y SOLIC INFORME (of conductor)  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 22-04-2019 - INGRESADA - MSILVAP

---

Tipo Documento : SOLICITUD CARTA NACIONALIZACIÓN

N° Documento : 1  
 Fecha Documento : 22-04-2019  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : SOLICITA CARTA DE NACIONALIZACION  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: CARTA NACIONALIZACION  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 22-04-2019 - INGRESADA - MSILVAP  
 22-04-2019 - INFORME A POLIN (solicita informe) - MSILVAP  
 22-04-2019 - POLINT POSITIVO - POLIN  
 22-04-2019 - OFICIO IMPRESO - MSILVAP  
 19-06-2019 - ENTREGA INFORME POLIN A ANALISTA - MGONZALEZV

---

Tipo Documento : OFICIO RESERVADO  
 N° Documento : 4146  
 Fecha Documento : 19-03-2019  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : INFORMA AVECINDAMIENTO A SERVEL para inscripción electoral  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 23-03-2019 - UNE DOCUMENTO A EXTRANJERO - ACORDOVA

---

Tipo Documento : Reservado  
 N° Documento : 13  
 Fecha Documento : 10-01-2019  
 Autoridad Origen : DEPARTAMENTO DE EXTRANJERIA - JENAEX  
 Materia : DA RESPUESTA A PETICION DE VIAJES para probar avecin (Servel  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 14-03-2019 - UNE DOCUMENTO A EXTRANJERO - ACORDOVA

---

Tipo Documento : OFICIO RESERVADO  
 N° Documento : 14355  
 Fecha Documento : 07-11-2018  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : POLIN-SERVEL: solicita viajes para probar avecindamiento  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 24453  
 Fecha Documento : 04-06-2015  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : REMITE CPD Y COPIA DE RESOLUCION  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: PERMANENCIA DEFINITIVA  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 08-06-2015 - ASIGNADA POR PARTES - FORTIZR  
 08-06-2015 - INGRESADA - FORTIZR

---

Tipo Documento : RESOLUCIÓN EXENTA  
 N° Documento : 75924  
 Fecha Documento : 13-05-2015  
 Autoridad Origen : MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA  
 Materia : OTORGA PERMANENCIA DEFINITIVA  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: PERMANENCIA DEFINITIVA  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA : 485613  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 13-05-2015 - PARA LA FIRMA DE JEFATURA DEM - NVERGARAT

19-05-2015 - PARA LA FIRMA DE JEFATURA DEM - RSANDOVAL  
 27-05-2015 - OFICINA DE PARTES-DEM - LMEDINA  
 02-06-2015 - Firma CPD y oficio remisor - LMEDINA  
 08-06-2015 - TRANSPARENCIA TERMINADA - IMOLINAB

---

Tipo Documento : COMUNICACION ELECTRONICA (respuesta de Polin)  
 N° Documento : 368553  
 Fecha Documento : 27-01-2015  
 Autoridad Origen : POLIN  
 Materia : INFORME POLICIAL RECIBIDO  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: POLINT POSITIVO  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : INFORME ELECTRONICO (solicita informe a Polin)  
 N° Documento : 4941  
 Fecha Documento : 14-01-2015  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : SOLICITA INFORME  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : SOLICITUD PERMANENCIA DEFINITIVA  
 N° Documento : 2  
 Fecha Documento : 14-01-2015  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : SOLICITA PEDE  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: PERMANENCIA DEFINITIVA  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA : 485613  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 14-01-2015 - INGRESADA - DMUNOZ  
 14-01-2015 - CARTA DE APROBACION - DMUNOZ  
 14-01-2015 - PER. DEFINITIVA EXENTA DE PAGO - DMUNOZ  
 14-01-2015 - SOLICITUD DE ANTECEDENTES - DMUNOZ  
 14-01-2015 - IMPRESION DE CARATULA DE ANALISIS - DMUNOZ  
 14-01-2015 - PER. DEFINITIVA EXENTA DE PAGO - DMUNOZ  
 14-01-2015 - INFORME A POLIN (solicita informe) - DMUNOZ  
 14-01-2015 - ENVIO COPIA SOLICITUD DE PEDE (Correo y Pede Regu) - EVARGAS  
 15-01-2015 - LISTADO CORREO - MCATONI  
 27-01-2015 - POLINT POSITIVO - POLIN  
 06-02-2015 - REIMPRESIÓN DE SOLICITUD - DFERNANDEZG  
 23-02-2015 - IMPRIME CONSOLIDADO - PVASQUEZ  
 18-03-2015 - RECEPCION DE DOCUMENTOS SOLICITADOS - DMUNOZ  
 13-05-2015 - ENVIO para CONFECCION RESOLUCION (PEDE) - DMUNOZ  
 13-05-2015 - RESOLUCION IMPRESA - DMUNOZ  
 27-05-2015 - REIMPRESIÓN DE TEXTO - DFERNANDEZG  
 02-06-2015 - CEPEDA IMPRESO CORRECTO - PLAGOSG  
 02-06-2015 - NUMERO CEPEDA ASIGNADO - PLAGOSG  
 02-06-2015 - OFICIO IMPRESO - PLAGOSG  
 24-06-2015 - CPD ENTREGADO A INTERESADO - DFERNANDEZG  
 24-06-2015 - REIMPRESIÓN DE TEXTO - DFERNANDEZG

---

Tipo Documento : CARTA CORREO PEDE  
 N° Documento : 173  
 Fecha Documento : 06-01-2015  
 Autoridad Origen : PERSONA NATURAL  
 Materia : REMITE ANTECEDENTES  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: PERMANENCIA DEFINITIVA  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones : certificado de antecedentes colombianos  
 Etapas :  
 13-01-2015 - INGRESADA - EVARGAS

---

Tipo Documento : RESOLUCIÓN EXENTA  
 N° Documento : 250  
 Fecha Documento : 27-02-2014  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : OTORGA VISA

Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: TEMP. VINCULO CON CHILENO  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde : 27-02-2014  
 Fecha Hasta : 27-02-2015  
 N° CEPEDA : 28  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : OFICIO RESERVADO  
 N° Documento : 2148  
 Fecha Documento : 13-02-2014  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : CF-CURSO FAVORABLE  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: TEMPORARIA  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 13-02-2014 - ASIGNADA POR PARTES - IMOLINAB  
 13-02-2014 - INGRESADA - IMOLINAB

---

Tipo Documento : OFICIO RESERVADO  
 N° Documento : 970  
 Fecha Documento : 16-12-2013  
 Autoridad Origen : POLICIA DE INVESTIGACIONES DE COYHAIQUE  
 Materia : INFORME POLICIAL RECIBIDO  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: POLINT POSITIVO  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : SOLICITUD DE RESIDENCIA  
 N° Documento : 180  
 Fecha Documento : 09-12-2013  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : SOLICITA CAMBIO (CALIDAD, EMPLEADOR, TIT- DEP) en solic  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: TEMP. VINCULO CON CHILENO  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 09-12-2013 - INGRESADA - HSEPULVEDA  
 09-12-2013 - OFICIO IMPRESO - HSEPULVEDA  
 09-12-2013 - OFICIO IMPRESO - HSEPULVEDA  
 19-12-2013 - OFICIO POLIN RECEPCIONADO POR GOBERNACION - HSEPULVEDA  
 06-02-2014 - IMPRESION DE CARATULA DE ANALISIS - MTRONCOSOJ  
 06-02-2014 - OFICIO RESERVADO IMPRESO (Curso fav) - MTRONCOSOJ  
 12-02-2014 - OFICINA DE PARTES-DEM - LMEDINA  
 27-02-2014 - OFICIO POLIN RECEPCIONADO POR GOBERNACION - HSEPULVEDA  
 27-02-2014 - CURSO FAVORABLE RECEPCIONADO POR GOBERNACION - HSEPULVEDA  
 27-02-2014 - INGRESO DE OFICIO POLIN (respuesta de Polin) - HSEPULVEDA  
 27-02-2014 - RESOLUCION IMPRESA - HSEPULVEDA  
 27-02-2014 - ORDEN DE GIRO IMPRESA CORRECTAMENTE - HSEPULVEDA  
 27-02-2014 - IMPRIME AUTOADHESIVO VISA NORMAL - HSEPULVEDA  
 28-02-2014 - ORDEN DE GIRO PAGADA - TESORERIA  
 28-02-2014 - REIMPRIME AUTOADHESIVO PARA ESTAMPAR VISA - HSEPULVEDA

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 1446  
 Fecha Documento : 09-12-2013  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : Solicitud INFORME PARA SOLIC VISA EN TRAMITE (of conduc  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 09-12-2013 - INGRESADA - HSEPULVEDA

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 1445  
 Fecha Documento : 09-12-2013  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE

Materia : Remite SOL VISA Y REQUI PRONUNC (of conductor)  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 09-12-2013 - INGRESADA - HSEPULVEDA

---

Tipo Documento : RESOLUCIÓN EXENTA  
 N° Documento : 1198  
 Fecha Documento : 27-09-2013  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : DSE VISA Y OTORGA OTRA VISA (cambio visa, empleador)  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: SUJETA A CONTRATO  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde : 03-10-2013  
 Fecha Hasta : 03-10-2014  
 N° CEPEDA : 99  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : OFICIO RESERVADO  
 N° Documento : 10534  
 Fecha Documento : 19-07-2013  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : CF-ratifica curso favorable  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: SUJETA A CONTRATO  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 22-07-2013 - ASIGNADA POR PARTES - SREYESJ  
 22-07-2013 - INGRESADA - SREYESJ

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 776  
 Fecha Documento : 12-06-2013  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : SOLICITA CAMBIO DE EMPLEADOR  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 12-06-2013 - INGRESADA - HSEPULVEDA  
 18-07-2013 - OFICINA DE PARTES-DEM - LMEDINA

---

Tipo Documento : COMPROBANTE DE CALCULO DE MULTAS  
 N° Documento : 7538  
 Fecha Documento : 15-03-2013  
 Autoridad Origen : DEM  
 Materia : CALCULO DE MULTAS  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde : 15-03-2013  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 15-03-2013 - MONTO MULTA POR SISTEMA - DNINOJ

---

Tipo Documento : RESOLUCIÓN EXENTA  
 N° Documento : 126  
 Fecha Documento : 25-01-2012  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : OTORGA VISA  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: SUJETA A CONTRATO  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : OFICIO RESERVADO  
 N° Documento : 12018  
 Fecha Documento : 21-12-2011

Autoridad Origen : DEM  
 Materia : CF-CURSO FAVORABLE  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: SUJETA A CONTRATO  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
     22-12-2011 - ASIGNADA POR PARTES - IMOLINAB  
     22-12-2011 - INGRESADA - IMOLINAB

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 771  
 Fecha Documento : 21-11-2011  
 Autoridad Origen : POLICIA DE INVESTIGACIONES DE COYHAIQUE  
 Materia : INFORME POLICIAL RECIBIDO  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: POLINT POSITIVO  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 1177  
 Fecha Documento : 17-11-2011  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : Solicita INFORME PARA SOLIC VISA EN TRAMITE (of conductor)  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
     17-11-2011 - INGRESADA - HSEPULVEDA

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 1176  
 Fecha Documento : 17-11-2011  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : Remite SOL VISA Y REQUI PRONUNC (of conductor)  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
     17-11-2011 - INGRESADA - HSEPULVEDA

---

Tipo Documento : RESOLUCIÓN EXENTA  
 N° Documento : 1277  
 Fecha Documento : 16-11-2011  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : OTORGA AUT TRABAJO SVPD  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: AUTORIZACION TRABAJO SVPD  
 Plazo : 4 meses  
 Fecha Desde : 16-11-2011  
 Fecha Hasta : 16-03-2012  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :

---

Tipo Documento : SOLICITUD DE RESIDENCIA  
 N° Documento : 121  
 Fecha Documento : 16-11-2011  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : SOLICITA VISA PRIMERA VEZ  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: SUJETA A CONTRATO  
 Plazo : 1 año  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
     16-11-2011 - INGRESADA - HSEPULVEDA  
     17-11-2011 - OFICIO IMPRESO - HSEPULVEDA  
     17-11-2011 - OFICIO IMPRESO - HSEPULVEDA  
     25-11-2011 - OFICIO POLIN RECEPCIONADO POR GOBERNACION - HSEPULVEDA  
     13-12-2011 - IMPRESION DE CARATULA DE ANALISIS - PMONDACA

13-12-2011 - OFICIO RESERVADO IMPRESO (Curso fav) - PMONDACA  
 14-12-2011 - REIMPRESIÓN DE TEXTO - VGONZALEZ  
 15-12-2011 - REIMPRESIÓN DE TEXTO - PVASQUEZ  
 15-12-2011 - OFICINA DE PARTES-DEM - LMEDINA  
 25-01-2012 - CURSO FAVORABLE RECEPCIONADO POR GOBERNACION - HSEPULVEDA  
 25-01-2012 - INGRESO DE OFICIO POLIN (respuesta de Polin) - HSEPULVEDA  
 25-01-2012 - RESOLUCION IMPRESA - HSEPULVEDA  
 18-04-2012 - ORDEN DE GIRO IMPRESA CORRECTAMENTE - HSEPULVEDA  
 18-04-2012 - ORDEN DE GIRO PAGADA - TESORERIA  
 12-06-2013 - OFICIO IMPRESO - HSEPULVEDA  
 17-07-2013 - OFICIO RESERVADO IMPRESO (Curso fav) - PSEPULVEDA  
 16-09-2013 - CURSO FAVORABLE RECEPCIONADO POR GOBERNACION - HSEPULVEDA  
 27-09-2013 - INGRESO DE OFICIO POLIN (respuesta de Polin) - HSEPULVEDA  
 27-09-2013 - RESOLUCION IMPRESA - HSEPULVEDA  
 03-10-2013 - ORDEN DE GIRO IMPRESA CORRECTAMENTE - HSEPULVEDA  
 03-10-2013 - ORDEN DE GIRO PAGADA - TESORERIA  
 03-10-2013 - IMPRIME AUTOADHESIVO VISA NORMAL - HSEPULVEDA

---

Tipo Documento : SOLICITUD AUT TRABAJO SVPD  
 N° Documento : 74  
 Fecha Documento : 16-11-2011  
 Autoridad Origen : GOB COYHAIQUE  
 Materia : SOLICITA AUT TRABAJO SVPD  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse: AUTORIZACION TRABAJO SVPD  
 Plazo : 4 meses  
 Fecha Desde : 16-11-2011  
 Fecha Hasta : 16-03-2012  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 16-11-2011 - RESOLUCION IMPRESA - HSEPULVEDA  
 16-11-2011 - INGRESADA - HSEPULVEDA  
 16-11-2011 - ORDEN DE GIRO IMPRESA CORRECTAMENTE - HSEPULVEDA

---

Tipo Documento : OFICIO ORDINARIO  
 N° Documento : 956  
 Fecha Documento : 17-08-2011  
 Autoridad Origen : INT AYSÉN GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO  
 Materia : REMITE COPIA RESOLUCION  
 Beneficio Solic-Aprob-Rech-Arch-Dse:  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 N° CEPEDA :  
 Observaciones :  
 Etapas :  
 17-08-2011 - INGRESADA - HVERA

---

#### SANCIONES

-----

Tipo Documento : RESOLUCIÓN EXENTA - SANCIÓN  
 N° Documento : 364  
 Fecha Documento : 15-03-2013  
 Autoridad Origen : INT AYSÉN GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO  
 Materia : INFRACTION  
 Sanción : MULTA PAGADA  
 Plazo : 15 días  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 Observaciones : Regularizar situación 71  
 Etapas :  
 15-03-2013 - RESOLUCION IMPRESA - DNINOJ  
 15-03-2013 - IMPRESION NOTIFICACION o DECLARACION - DNINOJ  
 17-12-2013 - IMPRIME RECIBO DE VALE VISTA - HVERA

---

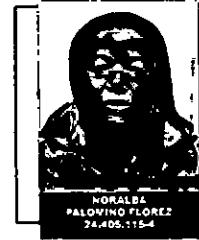
Tipo Documento : RESOLUCIÓN EXENTA - SANCIÓN  
 N° Documento : 37  
 Fecha Documento : 17-08-2011  
 Autoridad Origen : INT AYSÉN GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO  
 Materia : INFRACTION  
 Sanción : AMONESTACION  
 Plazo : 10 días  
 Fecha Desde :  
 Fecha Hasta :  
 Observaciones : Regularizar situación 71  
 Etapas :  
 17-08-2011 - RESOLUCION IMPRESA - HVERA  
 17-08-2011 - OFICIO IMPRESO - HVERA

REQUISITOS PARA SOLICITAR CARTA DE  
NACIONALIZACIÓN

Código:SGC-SIAC-  
NCH-1 Versión: 3.0  
Fecha: 28/02/2017  
Reemplaza a: 2.0  
Página 1 de 5

SOLICITUD CARTA DE NACIONALIZACIÓN

Nº 1.-



DATOS DEL SOLICITANTE:

Palomino  
APELLIDO PATERNO

florez  
APELLIDO MATERNO

NoraLba  
NOMBRES

R.U.T. N°: 21.405.115-9 ESTADO CIVIL: Casada SEXO: M  F

FECHA DE NACIMIENTO: 25/02/1969 PAÍS DE NACIMIENTO: colombia

CIUDAD DE NACIMIENTO: cali NACIONALIDAD: colombiana

DOMICILIO: MAX CASAS 229 COMUNA: coyhaique

TELEFONO: 9 914 59201 E-MAIL: palomino.florez.izelba@gmail.com

VÍNCULO CON CHILENO: SI  NO  AÑOS DE RESIDENCIA: 80 FECHA INGRESO AL PAÍS 18 Marzo 2011

ACTIVIDAD / PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

SOLICITUD CARTA DE NACIONALIZACIÓN

A S.E. El Señor Presidente de la República:

El infrascrito arriba identificado, respetuosamente viene en solicitarle sea concedida la Carta de Nacionalización Chilena en consideración a que cumple con los requisitos legales pertinentes.

Es gracia,

TIMBRE DE AUTORIDAD-FECHA DE PRESENTACIÓN: 22, ABRIL, 2019

Página Web [www.extranjeria.gob.cl](http://www.extranjeria.gob.cl) – Contact Center 600-486-3000  
Reserva de horas para atención <http://reservahora.extranjeria.gob.cl/>



SOLICITUD CARTA DE NACIONALIZACION

Nº 1

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	PALOMINO	
APELLIDO MATERNO	FLOREZ	
NOMBRES	NORALBA	
Nº R.U.T.	24.405.115-4	SEXO FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO	21/02/1969	
ESTADO CIVIL	CASADO	
NIVEL DE ESTUDIO		
PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	
NACIONALIDAD	COLOMBIA	
DOMICILIO	MAXIMILIANO CASAS N° 229	
COMUNA / PROVINCIA	COYHAIQUE / COYHAIQUE	
TELEFONO	cel. 91459281	
E-MAIL		

FECHA DE INGRESO COMO RESIDENTE	AÑOS DE RESIDENCIA EN CHILE	PAÍS DE RESIDENCIA ANTERIOR

DOCUMENTO QUE OTORGO PERMANENCIA DEFINITIVA

DOCUMENTO : RESOLUCIÓN EXENTA	FECHA : 13/05/2015	Nº CPD : 485613
-------------------------------	--------------------	-----------------

PROFESION U OCUPACION : EMPLEADO	ACTIVIDAD : EMPLEADO
EMPLEADOR O LUGAR DE ACTIVIDAD	SERVICIOS RIVAS Y REYES LTDA
DIRECCION DEL EMPLEADOR	DIVISADERO COYHAIQUE

VINCULOS CON CHILENOS

R.U.N.	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO

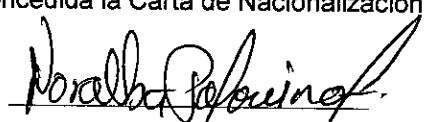
SOLICITUD CARTA DE NACIONALIZACION

A S.E. la Presidenta de la República:

El infrascrito arriba identificado, respetuosamente viene en solicitarle sea concedida la Carta de Nacionalización chilena en consideración a que cumple con los requisitos legales pertinentes.

Es gracia

FECHA : 22/04/2019

  
FIRMA SOLICITANTE

22/04/2019

FECHA DE PRESENTACION



GOBIERNO DE CHILE  
GOBERNACIÓN PROVINCIAL DE COYHAIQUE  
Departamento de Extranjería

Nº int: N-11280404

OFICIO ORDINARIO N°: 38

ANT.: Solicitud de Cartas de Nacionalización.

MAT.: Remite expediente de Carta de Nacionalización y solicita informe para extranjeros que se indican.

COYHAIQUE, 22/04/2019

DE : JEFE DEPARTAMENTO DE EXTRANJERIA  
GOBERNACION PROVINCIAL DE COYHAIQUE

A : POLICIA DE INVESTIGACIONES DE COYHAIQUE

Remito a UD., solicitudes de Cartas de Nacionalización con los expedientes respectivos, de los extranjeros que se mencionan a continuación, con el objeto de que se efectúe el informe correspondiente:

NOMBRE DEL EXTRANJERO	SOLICITUD	BENEFICIO SOLICITADO
-----	-----	-----
Noralba PALOMINO FLOREZ	1/2019	CARTA NACIONAL

Saluda atentamente a Ud.,

POR ORDEN DEL SEÑOR GOBERNADOR PROVINCIAL



PGC/KAR/MSP  
[954c] 22/04/2019

Distribución:

- 1.- POLICIA DE INVESTIGACIONES DE COYHAIQUE  
2.- Archivo

23 ABR 2019

LINEA.....1446.....HORA.....10:13.....

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR  
DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA  
Y MIGRACIÓN

OTORGA PERMISO DE PERMANENCIA  
DEFINITIVA EN EL PAÍS.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 75924

N° Int: 5471656

SANTIAGO, 13 de Mayo de 2015

VISTO : estos antecedentes; lo solicitado por los extranjeros que se individualizan en la parte dispositiva de la presente Resolución, y lo informado a su respecto por la Jefatura Nacional de Extranjería y Policía Internacional.

TENIENDO PRESENTE : a) Que los solicitantes cumplen con los requisitos contemplados en los artículos 42 de la Ley de Extranjería y 82 inciso primero de su Reglamento; b) La atribución del Ministerio del Interior y Seguridad Pública para pronunciarse respecto de las solicitudes de Permiso de Permanencia Definitiva que se presenten por los extranjeros residentes de acuerdo con lo establecido en los artículos 13 y 41 inciso 2º del D.L. N° 1094 de 1975; c) la facultad delegada por Resolución Exenta 44192 del 27-07-2009 del Ministerio del Interior; y

DE CONFORMIDAD con lo dispuesto en los artículos 13, 80 y 81 del Reglamento de Extranjería aprobado por D.S. 597 de 1984; artículo 8 del D.S. 296 de 1995, ambos de este Ministerio, y la Resolución N° 1600 del 30/10/2008 de la Contraloría General de la República.

R E S U E L V O :

- 1) OTÓRGASE Permiso de Permanencia Definitiva en el país a:
  1. Don Ignacio BATALLER JAUMA RUN: 24.578.918-1
  2. Don Michael Patrick CONWAY RUN: 23.301.957-7
  3. Don Juan Carlos GONZALEZ ORTIZ RUN: 24.571.095-K
  4. Doña Rosalia MAMANI PILCO RUN: 24.550.592-2
  5. Doña Noralba PALOMINO FLOREZ RUN: 24.405.115-4
  6. Don Jordan Vladimir POMATANTA FLORES RUN: 24.229.333-9
  7. Doña Yoani Queily QUISPE CJURO
  8. Don Juan Antony COLQUE GUTIERREZ
  9. Doña Adriana Carolina SANCHEZ ALVAREZ RUN: 22.252.732-5
  10. Doña Reinelda SANTOS CORDOVA RUN: 24.559.179-9
- 2) COMUNÍQUESE a Policía de Investigaciones de Chile, Jefatura Nacional de Extranjería y Policía Internacional para su conocimiento y fines consiguientes.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

"POR ORDEN DEL SUBSECRETARIO DEL INTERIOR"

RODRIGO SANDOVAL DUZOING  
Jefe Departamento Extranjería y Migración



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

Válido para FINES ESPECIALES

NOMBRE : NORALBA PALOMINO FLOREZ

R.U.N. : 24.405.115-4 Fecha nacimiento: 21 Febrero 1969

REGISTRO GENERAL DE CONDENAS

R U N FINES

24405115-4 SIN ANTECEDENTES ESPECIALES

REGISTRO ESPECIAL DE CONDENAS POR ACTOS DE  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

R U N FINES

24405115-4 SIN ANOTACIONES ESPECIALES

FECHA EMISIÓN: 6 Agosto 2019, 08:46

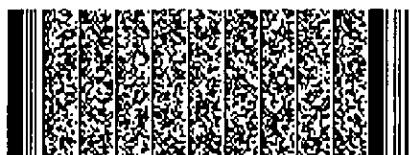
IMUESTRO PAGADO - VALOR : \$ 1050

CERTIFICADO ANTECEDENTES PARA FINES ESPECIALES

Impreso en:

REGION :

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCel



**Victor Rebolledo Salas**  
Jefe de Archivo General (s)  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

Válido para FINES ESPECIALES

NOMBRE : NORALBA PALOMINO FLOREZ

R.U.N. : 24.405.115-4 Fecha nacimiento: 21 Febrero 1969

### REGISTRO GENERAL DE CONDENAS

R U N FINES

24405115-4 SIN ANTECEDENTES ESPECIALES

REGISTRO ESPECIAL DE CONDENAS POR ACTOS DE  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

R U N FINES

24405115-4 SIN ANOTACIONES ESPECIALES

FECHA EMISIÓN:

7 Enero 2019, 11:23

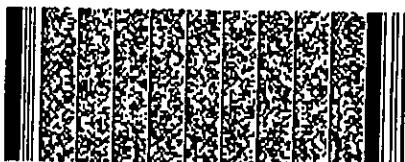
IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 1050

CERTIFICADO ANTECEDENTES PARA FINES ESPECIALES

Impreso en: COYHAIQUE

REGION : AYSEN

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCEl



Víctor Rebollo Salas  
Jefe de Archivo General (s)  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada

1811007

RUN : 24405115-4

H4DS4+

[www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL



**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

**Constancia:**

Que a la fecha, 2018/10/26 el ciudadano PALOMINO FLOREZ NORALBA con Cédula de Ciudadanía N° 66718965 NO REGISTRA ANTECEDENTES de acuerdo con el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

Esta consulta es válida cuando los nombres, apellidos y número de cédula de ciudadanía correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado de su consulta, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional de Colombia o si se encuentra en el extranjero al consulado de Colombia más cercano.

La presente se expide únicamente para fines de carácter migratorio.

De acuerdo con lo preceptuado en el artículo 4° del Decreto 3738 de 2003, la información sobre antecedentes penales es RESERVADA; no obstante, en cumplimiento de la ley Estatutaria 1581 de 2012, se le remite la información sobre sus antecedentes penales por ser Usted el titular de la misma y quien dispondrá de ella.

Teniente Coronel **DIGNA MARÍA CASTRO MORALES**  
Oficial de Enlace



# REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

## APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

Pais: REPUBLICA DE COLOMBIA  
(Country: - Pays:)

El presente documento público  
(This public document - Le présent acte public)

Ha sido firmado por:  
(Has been signed by:  
A été signé par:)

CASTRO MORALES DIGNA MARIA

Actuando en calidad de:  
(Acting in the capacity of:  
Agissant en qualité de:)

JEFE GRUPO CONSULTA Y RESPUESTA

Lleva el sello/estampilla de: POLICIA NACIONAL  
(Bears the seal/stamp of:  
Est révétu du sceau de/ timbre de:)

Certificado  
(Certified - Attesté)

En: BOGOTA - EN LÍNEA

El: 10/29/2018 8:37:32 a. m.

Por: APOSTILLA Y LEGALIZACIÓN

(By: The Ministry of Foreign Affairs of Colombia - Par: Ministère des Affaires Étrangères de la Colombie)

No: A2SKZD837421510

(Under Number: - Sous le numéro:)

Firmado Digitalmente por: (Digitally Signed by:  
Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia  
EUFRACIO MORALES  
Reason: DOCUMENT AUTHENTICITY  
BOGOTA - COLOMBIA

Firma: (Signature:)

Nombre del Titular: PALOMINO FLOREZ NORALBA  
(Name of the holder of document:  
Nom du titulaire:)

Tipo de documento: CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDICIALES CON  
(Type of document: - Type du document:  
FINES MIGRATORIOS)

Número de hojas apostilladas: 1  
(Number of sheets: - Nombre de feuillets:)

022040006294904

66718965 Expedido (mm/dd/aaaa): 10/26/2018

El Ministerio de Relaciones Exteriores, no asume la responsabilidad por el contenido del documento apostillado. Artículo 3 Ley 455/98

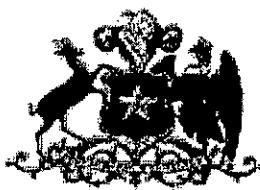
La autenticidad de esta apostilla puede ser verificada en el Registro Electrónico que se encuentra en la siguiente página web:

The authenticity of this Apostille may be verified by accessing the e-Register on the following web site:

L'autenticité de cette Apostille peut être vérifiée en accédant l'e-Registre sur le site web suivant:

**www.cancilleria.gov.co/apostilla**





REPUBLICA DE CHILE



65345270

**CERTIFICADO DE MATRIMONIO**

Circunscripción : COYHAIQUE

Nro. inscripción : 169

Registro :

Año : 2013

Nombre del Marido : ARTURO LUIS LINCOMÁN TAVIE

R.U.N. : 13.970.196-8

Fecha nacimiento : 23 Septiembre 1980

Nombre de la Mujer: NORALBA PALOMINO FLOREZ

R.U.N. : 24.405.115-4

Fecha nacimiento : 21 Febrero 1969

FECHA CELEBRACIÓN : 27 Noviembre 2013 A LAS 11:30 HORAS.

--- En el acto del matrimonio los contrayentes pactaron  
regimen de participacion en los gananciales.

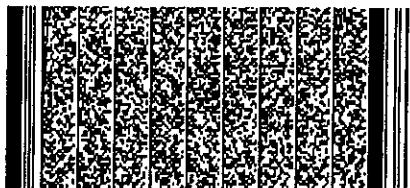
FECHA EMISIÓN: 18 Abril 2019 08:31

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710

Impreso en: COYHAIQUE

REGION : AYSEN

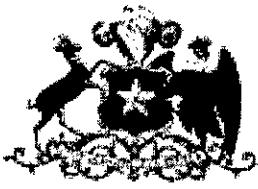
Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCel



Victor Rebollo Salas  
Jefe de Archivo General (s)  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada



## CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : COYHAIQUE  
Nro. inscripción : 796 Registro :  
Nombre inscrito : ARTURO LUIS LINCOMÁN TAVIE Año : 1980  
R.U.N. : 13.970.196-8  
Fecha nacimiento : 23 Septiembre 1980  
Sexo : Masculino  
Nombre del padre : ARTURO LINCOMÁN LINCOMÁN  
R.U.N. del padre : 4.909.238-5  
Nombre de la madre: MARTA ELIANA TAVIE LEPIO

FECHA EMISIÓN: 7 Enero 2019, 11:23.

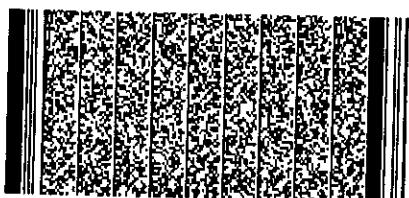
IMPUUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710

Impreso en: COYHAIQUE

REGION : AYSEN

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCel



  
Victor Rebollo Salas  
Jefe de Archivo General (s)  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada

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



APELLIDOS

LINCOMÁN

TAVIE

NOMBRES

ARTURO LUIS

SEXO

PAÍS DE NACIONALIDAD

M

CHILE

FECHA DE NACIMIENTO

23 SEPT 1960

FECHA DE EMISIÓN

18 OCT 2010

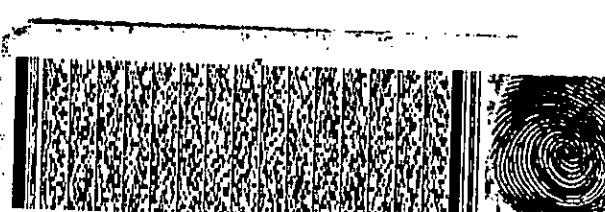
FECHA DE VENCIMIENTO

23 SEPT 2020

FIRMA DEL TITULAR

RUN 13.970.196-8

A L T



Nº de Serie: A022865819 Inc Nac: N° 798,1980,COYHAIQUE  
Profesión: NO INFORMADA  
NO DONANTE

IDCHL1397019684M06<<<<<<<<  
8009238M2009236CHLA022865819<7  
LINCOMAN<TAVIE<<ARTURO<LUIS<<<

## DISPOSICIONES IMPORTANTES

- 1.- Durante la vigencia de la Permanencia Definitiva, los extranjeros podrán desarrollar cualquier actividad lícita, sin otras limitaciones que las establecidas en las disposiciones legales y reglamentarias (Art. 80 del Reglamento de Extranjería).
- 2.- La Permanencia Definitiva caduca tacitamente cuando su titular permanece más de un año fuera de Chile. En caso que por motivos justificados no le sea posible regresar al país antes de este plazo y dentro de los 60 días anteriores a que éste se cumpla, puede solicitar una prórroga de su vigencia por un año más. Esta prórroga debe solicitarse en el Consulado de Chile.
- 3.- Se podrá conceder hasta cuatro prórrogas sucesivas de la Permanencia, siempre que la solicitud correspondiente se haga antes del vencimiento de la última prórroga (Art. 84 del Reglamento de Extranjería).
- 4.- En caso de extravío o pérdida del presente Certificado, se puede solicitar un duplicado en la Gobernación Provincial o en el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. También puede solicitar dicho documento a través del Consulado Chileno respectivo, el cual constará este hecho y las demás circunstancias señaladas en el Art. 85 del Reglamento de Extranjería.

LAS PRÓRROGAS CONSULARES DEBERÁN ESTAMPAZARSE AL REVERSO (SOLO PARA USO OFICIAL).

376299

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA N° 485.613  
DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA  
Y MIGRACIÓN

## CERTIFICADO DE PERMANENCIA DEFINITIVA

SE CERTIFICA QUE POR Resolución Exenta  
N° 75.924 DE 13/05/2015 SE OTORGÓ PERMANENCIA

DEFINITIVA A Doña Noralba PALOMINO FLOREZ

RUN 24.405.115-4

NACIONALIDAD COLOMBIANA



Nelson Vergara Triviño  
Jefe Permanencia Definitiva

376299

02/06/2015  
FECHA EMISIÓN

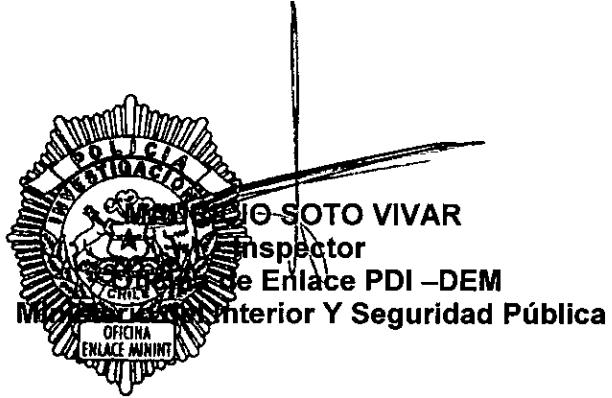


POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE  
JEFATURA NACIONAL DE MIGRACIONES Y POLICÍA INTERNACIONAL  
OFICINA DE ENLACE PDI-DEM

**MINUTA N° 344**

**Santiago, 05 de junio 2020.**

- 1.- En atención a su solicitud, que dice relación a informar vigencia de Permanencia Definitiva que registre en nuestro sistema computacional la extranjera Noralba PALOMINO FLOREZ, de nacionalidad colombiana.
- 2.- Revisado el archivo nacional de viajes, de la Jefatura Nacional de Migraciones y Policía Internacional, PALOMINO FLOREZ, documento de identidad N° 24.405.115-4, registra múltiples movimientos migratorios de los cuales ninguno ha excedido un año fuera del territorio nacional.  
//////////
- 3.- Por lo tanto, el Certificado de Permanencia Definitiva N° 485613, otorgado mediante Resolución Exenta N° 75924 de fecha 13.05.2015, **SE ENCUENTRA VIGENTE.**
- 4.- Lo anterior para su conocimiento y fines.



MSV/cvs  
Distribución:

- DEM (1)
- Archivo (1) //

POLICIA DE INVESTIGACIONES DE CHILE  
JEFATURA NACIONAL DE EXTRANJERIA Y POLICIA INTERNACIONAL

Nº 393936/ADG



**CERTIFICADO DE VIGENCIA**  
**DE PERMANENCIA DEFINITIVA**

COYHAIQUE, 7 de enero 2019

Quien suscribe certifica que don(a) NORALBA PALOMINO FLOREZ, COLOMBIANA(A), es titular del Certificado de Permanencia Definitiva Nro 485.613 otorgada mediante Resolucion N° 75.924 de fecha 13/5/2015, la cual se encuentra vigente.

Documento válido para ser presentado en :

Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública

Saluda atentamente a Ud.

BRIGADA DE ANTINARCOTICOS Y CONTRA EL CRIMEN ORGANIZADO COYHAIQUE (BRIANCO)



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL DE COYHAIQUE  
OFICINA DE PERSONAL  
GMA/ema



## C E R T I F I C A D O

El jefe de oficina de personal del Hospital Regional de Coyhaique, certifica que Dña. NORALBA PALOMINO FLOREZ CI. N° 24405115-4 tiene contrato a honorarios en Hospital Regional Coyhaique en las siguientes fechas

Desde	Hasta
26.10.2016	17.11.2016
16.02.2017	28.02.2017
01.03.2017	31.03.2017
01.04.2017	30.04.2017
01.05.2017	31.05.2017
01.06.2017	30.06.2017
01.07.2017	31.07.2017
01.08.2017	31.08.2017
01.09.2017	30.09.2017
01.10.2017	31.10.2017
01.11.2017	30.11.2017
01.12.2017	31.12.2017
01.01.2018	31.03.2018
01.04.2018	30.06.2018
01.07.2018	30.09.2018
01.10.2018	31.12.2018
01.01.2019	28.02.2019
01.03.2019	A la fecha

Se extiende el presente certificado a solicitud de la interesada, para fines que estime conveniente.-

GUSTAVO MOLDENHAUER ALVAREZ  
JEFE SECCION PERSONAL  
SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
OFICINA PERSONAL  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
S.D. GESTIÓN DE LAS PERSONAS



## CONTRATO A SUMA ALZADA

En Coyhaique, a 01 de marzo del año dos mil diecinueve, entre el Hospital Regional Coyhaique, persona jurídica de derecho público, creado por DL N° 2763 de 1979, en adelante "El Hospital" representado por su Director **Don. JAIME EDUARDO LOPEZ QUINTANA**, Cédula nacional de identidad N° 8.081.741-K, de profesión Ingeniero Comercial, estado civil divorciado, de nacionalidad Chilena, con domicilio en calle Jorge Ibar N° 068 de Coyhaique, y **Don/ Da NORALBA PALOMINOS FLOREZ**, profesión AUXILIAR DE SERVICIO, estado civil CASADA, Cédula nacional de identidad N°24405115-4, nacionalidad chilena, domiciliado en MAX CASAS N°229 de la ciudad de Coyhaique, en adelante "El Prestador", se ha establecido el siguiente Convenio:

**PRIMERO:** El Prestador (a) se regirá por lo establecido en el presente contrato y no le serán aplicables las disposiciones de la Ley N° 18.834/89; que aprueba el Estatuto Administrativo. Sin embargo le serán aplicables las Normas sobre inhabilidades e incompatibilidades contenidas en los artículos N° 54, 55 y 56 de la Ley N° 18.575, ello en lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley 19.896. No existen inhabilidades especiales para el Hospital Regional de Coyhaique siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo a la normativa vigente.

- a) Tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con el Hospital Regional de Coyhaique. Tener litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los Directores, Administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique.
- b) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de Jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional de Coyhaique.
- c) Estar condenado por crimen o simple delito.

**SEGUNDO:** El Prestador se compromete a realizar sus servicios en CIRUGÍA dependiente del Hospital Regional de Coyhaique, cumpliendo las siguientes funciones:

### Turno largo

- Aseo de Pasillos (3 veces al día 10:00- 14:00- 20:00 hrs).
- Aseo de Duchas (diario).
- Colaboración con aseo de unidad de pacientes de ambos sectores.
- Traslado de pacientes (a otro servicio, policlínicos, pabellón, toma de exámenes a excepción de scanner u otro procedimiento invasivo).
- Colaboración con técnicos paramédicos y enfermeros.
- Aseo de sala de estar del personal (Diario)
- Aseo residencia médicos fines de semana y festivos.
- Entrega y retiro de exámenes.
- Entrega y retiro de recetas de farmacia.

- ☒ Aseo de unidad del paciente (traslados, altas, etc).
- ☒ Retiro de ropa sucia de las salas.
- ☒ Colaborar en la movilización de pacientes postrados.
- ☒ Entrega y retiro de exámenes.
- ☒ Entrega y retiro de recetas de farmacia.
- ☒ Aseo de oficinas (enfermera supervisora y médicos)
- ☒ Aseo del baño personal (pasillo).
- ☒ Aseo de estación de enfermería(mesón).

El Prestador se desempeñará en un Sistema de Turno de 12 horas y 30 minutos, el que incluye la entrega de turno, estos se efectuarán cada vez que el establecimiento lo requiera para dar continuidad a sus propios sistemas de turnos y atenciones usuarias. De acuerdo a la calendarización mensual.

Aquel prestador que no cumpla la calendarización mensual de turnos programados, se le descontara los turnos, realizando la división de cuota mensual respectiva en 30.

Como política interna del establecimiento se establece que, el prestador deberá realizar obligatoriamente marcaje de entrada y salida en reloj de control o en el sistema de asistencia que se disponga en el establecimiento en el que presta servicios. Así, la Oficina de Personal del establecimiento deberá contar para efectos de control y verificación del cumplimiento efectivo de los servicios contratados, con el calendario de turnos con el cual se inicie en el año 2019.

**TERCERO:** El Hospital Regional Coyhaique, pagará al "Prestador(a)" la suma alzada de \$ 1184742 ,(( UN MILLON CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS), la que será pagada 2 cuotas iguales de \$ 592371 (( QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS), valor total al que se le deberá deducir el 10% de impuesto a la renta, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 2º Decreto N° 98 de 1991, del Ministerio de Hacienda, contra presentación de la correspondiente boleta de honorarios y certificado extendido y visado por el responsable de la unidad de desempeño del prestador de servicios, en que conste el cumplimiento de la labor señalada.

El pago de cada cuota se hará efectivo el quinto día hábil del mes siguiente.

**CUARTO:** El presente convenio no considera horas extraordinarias.

**QUINTO:** El Prestador (a) comenzará a prestar sus servicios sin esperar la total tramitación del presente contrato, a contar del 01/03/2019 y hasta el 30/04/2019

**SEXTO:** El prestador deberá efectuar un informe mensual con las actividades convenidas en el punto segundo del presente convenio, el que será remitido por este a jefe de servicio o supervisor (a) de CIRUGÍA quien será responsable de:

- Velar por el cumplimiento del 100% de las actividades comprometidas con el convenio.
- Efectuar al término de cada mes un informe de las actividades y funciones realizadas, en el que debe remitir oficina de personal del establecimiento.
- Emitir un informe de desempeño al término del periodo por el cual fue contratado (Anexo 3 Manual de Instrucciones y Procedimientos para la autorización y Tramitación de Contratos a Honorarios que se encuentre vigente).

**SEPTIMO:** La cotización previsional y de salud será obligatoria para quienes se desempeñen en modalidad a honorarios en el año 2019. La persona es la responsable de realizar el pago de su cotización.

**OCTAVO:** El prestador tendrá derecho a Licencia por Enfermedad conservando su continuidad laboral. En los casos que el facultativo determine reposo por un lapso inferior o igual a 10 días, se pagaran por el establecimiento, los tres (3) primeros días. Podrá acceder al pago de los 3 (tres) primeros días de licencia médica, sólo en caso de que ésta licencia médica sea en definitiva aprobada por entidad competente, y su duración sea inferior o igual a 10 días. Es obligación del prestador de servicio presentar la licencia médica en la institución de salud donde realice su cotización y deberá además presentar una copia de la misma en la Oficina de Personal, con el respectivo certificado de cotizaciones de salud por el monto de la cuota convenida.

**NOVENO:** Cuando se trate de reposo Maternal, el Prestador tendrá derecho al descanso Pre y Post Natal ~~sin cargo de honorario por la o las cuotas en que inclida parcial o totalmente el descanso~~

jornada o jornada completa, para lo cual deberá informar por escrito a lo menos treinta días antes de terminado el post natal, o en su defecto se entenderá jornada completa.

**DECIMO:** La prestadora podrá acceder a permiso de Alimentación de hijo menor de 2 años. Dicho permiso con goce de honorarios, consiste en disponer, a lo menos, una hora al día, para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este beneficio podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas a acordar con el responsable de la dependencia donde desempeñe funciones la prestadora de servicios siempre y cuando no intervenga sus labores:

- a) En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo.
- b) Dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones.
- c) Postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.

Este beneficio podrá ser ejercido preferentemente en la Sala Cuna, o en lugar en que se encuentre el menor.

**DECIMO PRIMERO:** El Prestador podrá acceder a los siguientes beneficios sin descuentos de su honorario:

- Hacer uso de hasta veinte (20) días hábiles de descanso, siempre que acredite tener a lo menos un año efectivo de prestaciones como honorario, sin solución de continuidad, sea en el Hospital Regional de Coyhaique o en alguno de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio de Salud Aysén. Para el caso que el prestador hubiere hecho uso de algún tipo de beneficio de descanso o feriado legal bajo otra calidad contractual durante el mismo año, no podrá hacer uso de más de 20 días hábiles en total durante el mismo año. Es decir, los días de descanso y de feriado tomados en un año calendario no pueden exceder de 20 días hábiles para el prestador de servicios. Estos descansos no podrán ser fraccionados en medias jornadas ni ser traspasados bajo ningún motivo para el año siguiente. Estos permisos deberán solicitarse por escrito con anticipación a oficina de personal y a lo menos uno de los períodos de uso del permiso deberá abarcar a lo menos 10 días hábiles.
- Hacer uso de hasta un máximo de seis (6) días hábiles de permiso en un año calendario, adicionales al descanso. Estos permisos podrán ser fraccionados por medios días. El otorgamiento o denegación del permiso es discrecional de la jefatura responsable de la dependencia en que preste sus servicios el solicitante.
- Acceder al permiso para el padre, de 5 días hábiles, en caso de nacimiento de un hijo, el que podrá utilizar a elección desde el momento del parto, y en este caso será de días corridos, o distribuido dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento. Igual beneficio asistirá en caso de adopción. Para hacer uso del beneficio deberá presentar en Oficina de Personal, el certificado de nacimiento o sentencia definitiva en caso de adopción.
- Acceder a permiso por fallecimiento de hijo o cónyuge, de siete (7) días corridos pagados, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.
- Acceder a permiso de tres (3) días hábiles por fallecimiento de padre, madre o hijo en gestación, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.

**DECIMO SEGUNDO:** En caso que los beneficios antes mencionados no hayan sido solicitados ni cursados dentro del periodo convenido, éstos podrán impetrarse, en caso de prórroga del convenio a honorarios, en el próximo periodo, siempre del año 2019.

**DECIMO TERCERO:** Las partes acuerdan que, en caso de fallecer el prestador (a) de servicios durante la vigencia del contrato, el establecimiento pagará a quien acredite ser cónyuge o, en subsidio de éste, hijo o padre o madre del causante, el monto de los honorarios que éste habría percibido en relación a una de las cuotas en que solicitó se dividiera el pago de su prestación a honorarios. Al efecto, quien solicite el retiro de este monto, deberá acreditar ante el establecimiento su calidad de cónyuge, hijo, padre o madre del causante respectivamente con los certificados

certificados como servidos, por el jefe de la unidad en que el prestador desarrolló sus funciones.

**DECIMO**

**QUINTO:**

Para efectos legales que deriven de la suscripción de este contrato, las partes se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de Justicia de Coyhaique.

**DECIMO**

**SEXTO:**

El presente Contrato se firma en 02 ejemplares de igual fecha, tenor y valor, quedando uno en poder de "El Prestador (a)" y los restantes serán distribuidos por "El Servicio" a las Unidades que estime pertinente.

**DECIMO**

**SEPTIMO:**

El Presente contrato incluye como parte integrante del mismo 3 anexos:

Solicitud de contrato, Declaración Jurada Simple con toda la documentación de respaldo en caso que el prestador preste también servicios a terceros, y Certificado de disponibilidad presupuestaria.

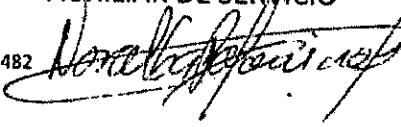
**DECIMO**

**OCTAVO:**

La personería y facultad del Director del Hospital Regional Coyhaique, para actuar en representación de "El Hospital", está emanada por Resolución AFECTA N° 1279 de fecha 28/07/2017 que contiene nombramiento del Director del Hospital Coyhaique.

Res.:482

**NORALBA PALOMINOS FLOREZ**  
AUXILIAR DE SERVICIO



**Sr. JAIME EDUARDO LOPEZ QUINTANA**  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE





SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL. GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
S.D. GESTIÓN DE PERSONAS



## ANEXO N° 1 DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

COYHAIQUE, 01/03/2019

Señor  
Director Hospital Regional Coyhaique  
PRESENTE

Nombres	Apellidos
NORALBA	PALOMINOS FLOREZ

Cédula de Identidad	Estado Civil	Profesión u Oficio
24405115-4	CASADA	AUXILIAR DE SERVICIO

1. Para los efectos lo dispuesto en el inciso 3º, del artículo 5º de la Ley N° 19.896, declaro que PRESTO (SI  - NO  ) Servicios en las siguientes reparticiones públicas :

Nombre de la Repartición	Calidad Jurid. (Planta-Cont.-H)	Remuneración Grado/Rem.	Labores Contratadas	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

2. Asimismo, declaro que (SI  - NO  ) tengo contratos vigentes con proveedores o contratistas y/o con instituciones privadas que tienen convenios para ejecución de proyectos o se les hayan otorgados transferencias por esta repartición pública.

Individualización del contrato	Objetivo del Contrato	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

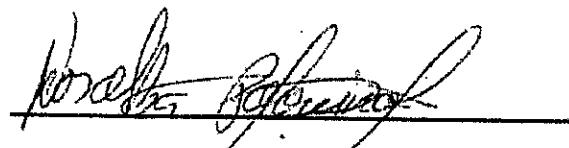
3. Por otra parte declaro que no me encuentro afecto a ninguna de las inhabilidades establecidas en el artículo 54º de la Ley N° 18.575 sobre bases de la Administración del Estado, que a continuación se expresan:

Nota importante: Consignar las inhabilidades especiales a las cuales se sujetan los funcionarios del Servicio contratante.

- a) No existe inhabilidades especiales para el Hospital Regional Coyhaique, siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo a las normativas vigentes.

Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad; cuando ésta tenga contratados o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes, con el Hospital Regional Coyhaique.

- c) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional Coyhaique.
  - d) Estar condenado por crimen o simple delito.
4. Finalmente, declaro bajo juramento que estos antecedentes corresponden a la realidad.



NORALBA PALOMINOS FLOREZ  
FIRMA DEL INTERESADO (A)



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
S.D. GESTIÓN DE LAS PERSONAS



## CONTRATO A SUMA ALZADA

En Coyhaique, a 02 de Enero del año dos mil diecinueve, entre el Hospital Regional Coyhaique, persona jurídica de derecho público, creado por DL. N° 2763 de 1979, en adelante "El Hospital" representado por su Director **Don. JAIME EDUARDO LOPEZ QUINTANA**, Cédula nacional de identidad N° 8.081.741-K, de profesión Ingeniero Comercial, estado civil divorciado, de nacionalidad Chilena, con domicilio en calle Jorge Ibar N° 068 de Coyhaique, y **Don/ Da NORALBA PALOMINOS FLOREZ**, profesión AUXILIAR DE SERVICIO, estado civil CASADA, Cédula nacional de identidad N°24405115-4, nacionalidad chilena, domiciliado en MAX CASAS N°229 de la ciudad de Coyhaique, en adelante "El Prestador", se ha establecido el siguiente Convenio:

- PRIMERO:** El Prestador (a) se regirá por lo establecido en el presente contrato y no le serán aplicables las disposiciones de la Ley N° 18.834/89; que aprueba el Estatuto Administrativo. Sin embargo le serán aplicables las Normas sobre inhabilidades e incompatibilidades contenidas en los artículos N° 54, 55 y 56 de la Ley N° 18.575, ello en lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley 19.896. No existen inhabilidades especiales para el Hospital Regional de Coyhaique siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo a la normativa vigente.
- a) Tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con el Hospital Regional de Coyhaique. Tener litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los Directores, Administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes con el Hospital Regional de Coyhaique.
  - b) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de Jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional de Coyhaique.
  - c) Estar condenado por crimen o simple delito.

- SEGUNDO:** El Prestador se compromete a realizar sus servicios en CIRUGÍA dependiente del Hospital Regional de Coyhaique, cumpliendo las siguientes funciones:

- Turno largo
- Aseo de Pasillos (3 veces al día 10:00- 14:00- 20:00 hrs).
  - Aseo de Duchas (diario).
  - Colaboración con aseo de unidad de pacientes de ambos sectores.
  - Traslado de pacientes (a otro servicio, políclínicos, pabellón, toma de exámenes a excepción de scanner u otro procedimiento invasivo).
  - Colaboración con técnicos paramédicos y enfermeros.
  - Aseo de sala de estar del personal (Diario)
  - Aseo residencia médicos fines de semana y festivos.

- Aseo de salas y baños de los pacientes 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Retiro de basura 2 veces durante la noche (21:00 - 05:30 y en caso necesario).
- Aseo de unidad del paciente (traslados, altas, etc).
- Retiro de ropa sucia de las salas.
- Colaborar en la movilización de pacientes postrados.
- Entrega y retiro de exámenes.
- Entrega y retiro de recetas de farmacia.
- Aseo de oficinas (enfermera supervisora y médicos)
- Aseo del baño personal (pasillo).
- Aseo de estación de enfermería(mesón).

El Prestador se desempeñará en un Sistema de Turno de 12 horas y 30 minutos, el que incluye la entrega de turno, estos se efectuarán cada vez que el establecimiento lo requiera para dar continuidad a sus propios sistemas de turnos y atenciones usuarias. De acuerdo a la calendarización mensual.

Aquel prestador que no cumpla la calendarización mensual de turnos programados, se le descontara los turnos, realizando la división de cuota mensual respectiva en 30.

Como política interna del establecimiento se establece que, el prestador deberá realizar obligatoriamente marcaje de entrada y salida en reloj de control o en el sistema de asistencia que se disponga en el establecimiento en el que presta servicios. Así, la Oficina de Personal del establecimiento deberá contar para efectos de control y verificación del cumplimiento efectivo de los servicios contratados, con el calendario de turnos con el cual se inicie en el año 2019.

**TERCERO:** El Hospital Regional Coyhaique, pagará al "Prestador(a)" la suma alzada de \$ 1184742 ,(( UN MILLON CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS), la que será pagada 2 cuotas iguales de \$ 592371 (( QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESIENTOS SETENTA Y UN PESOS), valor total al que se le deberá deducir el 10% de impuesto a la renta, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 2º Decreto N° 98 de 1991, del Ministerio de Hacienda, contra presentación de la correspondiente boleta de honorarios y certificado extendido y visado por el responsable de la unidad de desempeño del prestador de servicios, en que conste el cumplimiento de la labor señalada.

El pago de cada cuota se hará efectivo el quinto día hábil del mes siguiente.

**CUARTO:** El presente convenio no considera horas extraordinarias.

**QUINTO:** El Prestador (a) comenzará a prestar sus servicios sin esperar la total tramitación del presente contrato, a contar del 01/01/2019 y hasta el 28/02/2019

**SEXTO:** El prestador deberá efectuar un informe mensual con las actividades convenidas en el punto segundo del presente convenio, el que será remitido por este a jefe de servicio o supervisor (a) de CIRUGÍA quien será responsable de:

- Velar por el cumplimiento del 100% de las actividades comprometidas con el convenio.
- Efectuar al término de cada mes un informe de las actividades y funciones realizadas, en el que debe remitir oficina de personal del establecimiento.
- Emitir un informe de desempeño al término del periodo por el cual fue contratado (Anexo 3 Manual de Instrucciones y Procedimientos para la autorización y Tramitación de Contratos a Honorarios que se encuentre vigente).

**SEPTIMO:** La cotización previsional y de salud será obligatoria para quienes se desempeñen en modalidad a honorarios en el año 2019. La persona es la responsable de realizar el pago de su cotización.

**OCTAVO:** El prestador tendrá derecho a Licencia por Enfermedad conservando su continuidad laboral. En los casos que el facultativo determine reposo por un lapso inferior o igual a 10 días, se pagaran por el establecimiento, los tres (3) primeros días. Podrá acceder al pago de los 3 (tres) primeros días de licencia médica, sólo en caso de que ésta licencia médica sea en definitiva aprobada por entidad competente, y su duración sea inferior o igual a 10 días. Es obligación del prestador de servicio presentar la licencia médica en la institución de salud donde realice su cotización y deberá además presentar una copia de la misma en la Oficina de Personal con el respectivo

<b>NOVENO:</b>	Cuando se trate de reposo Maternal, el Prestador tendrá derecho al descanso Pre y Post Natal sin goce de honorario por la o las cuotas en que incida parcial o totalmente el descanso, garantizándose la continuidad laboral una vez concluidos los plazos que contempla la ley. Para acceder a este "receso maternal" deberá presentar copia de la (s) licencias Pre y Post Natal en la Oficina de Personal del establecimiento en donde preste servicios. De la misma forma en relación a la posterior solicitud del permiso Post Natal Parental, el cual podrá ser en media jornada o jornada completa, para lo cual deberá informar por escrito a lo menos treinta días antes de terminado el post natal, o en su defecto se entenderá jornada completa.
<b>DECIMO:</b>	<p>La prestadora podrá acceder a permiso de Alimentación de hijo menor de 2 años. Dicho permiso con goce de honorarios, consiste en disponer, a lo menos, una hora al día, para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este beneficio podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas a acordar con el responsable de la dependencia donde desempeñe funciones la prestadora de servicios siempre y cuando no intervenga sus labores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo.</li> <li>Dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones.</li> <li>Postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.</li> </ol> <p>Este beneficio podrá ser ejercido preferentemente en la Sala Cuna, o en lugar en que se encuentre el menor.</p>
<b>DECIMO PRIMERO:</b>	<p>El Prestador podrá acceder a los siguientes beneficios sin descuentos de su honorario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer uso de hasta veinte (20) días hábiles de descanso, siempre que acredite tener a lo menos un año efectivo de prestaciones como honorario, sin solución de continuidad, sea en el Hospital Regional de Coyhaique o en alguno de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio de Salud Aysén. Para el caso que el prestador hubiere hecho uso de algún tipo de beneficio de descanso o feriado legal bajo otra calidad contractual durante el mismo año, no podrá hacer uso de más de 20 días hábiles en total durante el mismo año. Es decir, los días de descanso y de feriado tomados en un año calendario no pueden exceder de 20 días hábiles para el prestador de servicios. Estos descansos no podrán ser fraccionados en medias jornadas ni ser traspasados bajo ningún motivo para el año siguiente. Estos permisos deberán solicitarse por escrito con anticipación a oficina de personal y a lo menos uno de los períodos de uso del permiso deberá abarcar a lo menos 10 días hábiles.</li> <li>Hacer uso de hasta un máximo de seis (6) días hábiles de permiso en un año calendario, adicionales al descanso. Estos permisos podrán ser fraccionados por medios días. El otorgamiento o denegación del permiso es discrecional de la jefatura responsable de la dependencia en que preste sus servicios el solicitante.</li> <li>Acceder al permiso para el padre, de 5 días hábiles, en caso de nacimiento de un hijo, el que podrá utilizar a elección desde el momento del parto, y en este caso será de días corridos, o distribuido dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento. Igual beneficio asistirá en caso de adopción. Para hacer uso del beneficio deberá presentar en Oficina de Personal, el certificado de nacimiento o sentencia definitiva en caso de adopción.</li> <li>Acceder a permiso por fallecimiento de hijo o cónyuge, de siete (7) días corridos pagados, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.</li> <li>Acceder a permiso de tres (3) días hábiles por fallecimiento de padre, madre o hijo en gestación, presentando en Oficina de Personal los certificados que correspondan, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del fallecimiento.</li> </ul>
<b>DECIMO SEGUNDO:</b>	En caso que los beneficios antes mencionados no hayan sido solicitados ni cursados dentro del periodo convenido, éstos podrán impetrarse, en caso de prórroga del convenio a honorarios, en el próximo periodo, siempre del año 2019.
<b>DECIMO TERCERO:</b>	Las partes acuerdan que, en caso de fallecer el prestador (a) de servicios durante la vigencia

**DECIMO  
CUARTO:**

Dejase establecido que ambas partes podrán desahuciar este contrato, sin acreditar causas justificadas, con un aviso previo por escrito. No obstante el Hospital Regional de Coyhaique se reserva el derecho de poner término en forma inmediata al contrato, si la otra parte no da cumplimiento a cabalidad a las cláusulas de este convenio, pagando al prestador sólo la fracción mensualidad correspondiente, y sólo en relación al número de días efectivamente certificados como servidos, por el jefe de la unidad en que el prestador desarrolló sus funciones.

**DECIMO  
QUINTO:**

Para efectos legales que deriven de la suscripción de este contrato, las partes se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de Justicia de Coyhaique.

**DECIMO  
SEXTO:**

El presente Contrato se firma en 02 ejemplares de igual fecha, tenor y valor, quedando uno en poder de "El Prestador (a)" y los restantes serán distribuidos por "El Servicio" a las Unidades que estime pertinente.

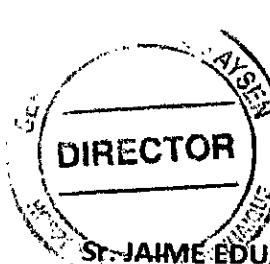
**DECIMO  
SEPTIMO:**

El Presente contrato incluye como parte integrante del mismo 3 anexos:  
Solicitud de contrato, Declaración Jurada Simple con toda la documentación de respaldo en caso que el prestador preste también servicios a terceros, y Certificado de disponibilidad presupuestaria.

**DECIMO  
OCTAVO:**

La personería y facultad del Director del Hospital Regional Coyhaique, para actuar en representación de "El Hospital", está emanada por Resolución AFECTA N° 1279 de fecha 28/07/2017 que contiene nombramiento del Director del Hospital Coyhaique.

  
NORALBA PALOMINOS FLOREZ  
AUXILIAR DE SERVICIO

  
AYSEN  
DIRECTOR  
Sr. JAIME EDUARDO LÓPEZ QUINTANA  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE



SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
DEL. GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO  
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
S.D. GESTIÓN DE PERSONAS

## ANEXO N° 1 DECLARACIÓN JURADA SIMPLE



COYHAIQUE, 02/01/2019

Señor  
Director Hospital Regional Coyhaique  
PRESENTE

Nombres	Apellidos	
NORALBA	PALOMINOS FLOREZ	
Cédula de Identidad	Estado Civil	Profesión u Oficio
24405115-4	CASADA	AUXILIAR DE SERVICIO

1. Para los efectos lo dispuesto en el inciso 3º, del artículo 5º de la Ley N° 19.896, declaro que  
PRESTO (SI  - NO  ) Servicios en las siguientes reparticiones públicas :

Nombre de la Repartición	Calidad Jurid. (Planta-Cont.-H)	Remuneración Grado/Rem.	Labores Contratadas	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

2. Asimismo, declaro que (SI  - NO  ) tengo contratos vigentes con proveedores o contratistas y/o con instituciones privadas que tienen convenios para ejecución de proyectos o se les hayan otorgados transferencias por esta repartición pública.

Individualización del contrato	Objetivo del Contrato	Periodo (Desde – Hasta)	Jornada Laboral

3. Por otra parte declaro que no me encuentro afecto a ninguna de las Inhabilidades establecidas en el artículo 54º de la Ley N° 18.575 sobre bases de la Administración del Estado, que a continuación se expresan:

Nota importante: Consignar las inhabilidades especiales a las cuales se sujetan los funcionarios del Servicio contratante.

- No existe inhabilidades especiales para el Hospital Regional Coyhaique, siendo aplicables en este contrato a Honorarios a Suma Alzada, todas aquellas que rigen en la Administración Pública, de acuerdo a las normativas vigentes.
- Tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a descender.

Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratados o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más litigios pendientes, con el Hospital Regional Coyhaique.

- c) Tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos, hasta el nivel de jefe de Departamento o su equivalente, inclusive del Hospital Regional Coyhaique.
  - d) Estar condenado por crimen o simple delito.
4. Finalmente, declaro bajo juramento que estos antecedentes corresponden a la realidad.



NORALBA PALOMINOS FLOREZ  
FIRMA DEL INTERESADO (A)



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		01/2018	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
Apellidos y Nombres		24,405,115-4	Previsión / Salud
HABERES		DESCUENTOS	
Monto Bruto	592,371	Retención	59,237
OTROS HABERES		OTROS DESCUENTOS	
592,371	0	0	59,237
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos
			Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		02/2018	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA		24,405,115-4	
Apellidos y Nombres		R.U.T.	Previsión / Salud
<b>HABERES</b>			<b>DESCUENTOS</b>
Monto Bruto	592,371	Retención	59,237
<b>OTROS HABERES</b>			<b>OTROS DESCUENTOS</b>
592,371	0	0	59,237
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos
			Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE Establecimiento		03/2018 Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA Apellidos y Nombres	24,405,115-4 R.U.T.		Previsión / Salud
<b>HABERES</b>		<b>DESCUENTOS</b>	
Monto Bruto	592,371	Retención	59,237
<b>OTROS HABERES</b>		<b>OTROS DESCUENTOS</b>	
592,371 Total Haberes	0 Total Imponible	0 Total Tributable	59,237 Total Descuentos
			533,134 Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		04/2018	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA Apellidos y Nombres		24,405,115-4 R.U.T.	Previsión / Salud
<b>HABERES</b>			<b>DESCUENTOS</b>
Monto Bruto 592,371			Retención 59,237
<b>OTROS HABERES</b>			<b>OTROS DESCUENTOS</b>
592,371 Total Haberes	0 Total Imponible	0 Total Tributable	59,237 Total Descuentos 533,134 Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE Establecimiento		05/2018 Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA Apellidos y Nombres	24,405,115-4 R.U.T.		Previsión / Salud
<b>HABERES</b>		<b>DESCUENTOS</b>	
Monto Bruto	592,371	Retención	59,237
<b>OTROS HABERES</b>		<b>OTROS DESCUENTOS</b>	
592,371 Total Haberes	0 Total Imponible	0 Total Tributable	59,237 Total Descuentos
			533,134 Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		06/2018	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA Apellidos y Nombres		24,405,115-4 R.U.T.	Previsión / Salud
<b>HABERES</b>			<b>DESCUENTOS</b>
Monto Bruto 592,371			Retención 59,237
<b>OTROS HABERES</b>			<b>OTROS DESCUENTOS</b>
592,371 Total Haberes	0 Total Imponible	0 Total Tributable	59,237 Total Descuentos 533,134 Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE Establecimiento		07/2018 Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA Apellidos y Nombres	24,405,115-4 R.U.T.	Previsión / Salud	
<b>HABERES</b>			<b>DESCUENTOS</b>
Monto Bruto 592,371			Retención 59,237
<b>OTROS HABERES</b>			<b>OTROS DESCUENTOS</b>
592,371 Total Haberes	0 Total Imponible	0 Total Tributable	59,237 Total Descuentos 533,134 Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		09/2018	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA	24,405,115-4		
Apellidos y Nombres	R.U.T.	Previsión / Salud	
descuento 2 días de julio			
HABERES		DESCUENTOS	
Monto Bruto	552,888	Retención	55,289
OTROS HABERES		OTROS DESCUENTOS	
552,888	0	0	55,289
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos
			497,599
			Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE Establecimiento PALOMINO FLORES NORALBA Apellidos y Nombres		10/2018 Mes / Año 24,405,115-4 R.U.T.	Días Trab. Previsión / Salud
<b>HABERES</b>			<b>DESCUENTOS</b>
Monto Bruto 592,371			Retención 59,237
<b>OTROS HABERES</b>			<b>OTROS DESCUENTOS</b>
592,371 Total Haberes	0 Total Imponible	0 Total Tributable	59,237 Total Descuentos 533,134 Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		11/2018	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA	24,405,115-4	R.U.T.	Previsión / Salud
<b>Apellidos y Nombres</b>			
<b>HABERES</b>		<b>DESCUENTOS</b>	
Monto Bruto	592,371	Retención	59,237
<b>OTROS HABERES</b>		<b>OTROS DESCUENTOS</b>	
592,371	0	0	59,237
Total Haberes	Total Imponible	Total Tributable	Total Descuentos
			Líquido a Pagar



## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

HOSPITAL DE COYHAIQUE		12/2018	
Establecimiento		Mes / Año	Días Trab.
PALOMINO FLORES NORALBA Apellidos y Nombres		24,405,115-4 R.U.T.	Previsión / Salud
<b>HABERES</b>			<b>DESCUENTOS</b>
Monto Bruto		592,371	Retención
			59,237
<b>OTROS HABERES</b>		<b>OTROS DESCUENTOS</b>	
592,371 Total Haberes	0 Total Imponible	0 Total Tributable	59,237 Total Descuentos
			533,134 Líquido a Pagar

## CERTIFICADO COTIZACIONES

Folio de Certificación Nº:670837093C1E302801

18 de enero de 2019

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : NORALBA PALOMINO FLOREZ R.U.T.: 24.405.115-4 DOMICILIO: Max Casas 229, Coyhaique, Coihaique, Undecima Region registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al periodo comprendido entre 05/1981 y 01/2019.

Periodo	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
02-2017	COTIZACION NORMAL	13/03/2017	15.400	0,39	39.320,18	77.975.340-9	C
01-2017	COTIZACION NORMAL	10/02/2017	32.900	0,85	38.579,17	77.975.340-9	C
12-2016	COTIZACION NORMAL	13/01/2017	34.188	0,89	38.386,68	77.975.340-9	C
11-2016	COTIZACION NORMAL	13/12/2016	36.441	0,97	37.377,82	77.975.340-9	C
10-2016	COTIZACION NORMAL	09/11/2016	36.065	0,95	37.772,65	77.975.340-9	C
09-2016	COTIZACION NORMAL	11/10/2016	42.449	1,11	38.242,58	77.975.340-9	C
08-2016	COTIZACION NORMAL	11/09/2016	34.188	0,90	38.063,25	77.975.340-9	C
07-2016	COTIZACION NORMAL	12/08/2016	39.945	1,07	37.269,34	77.975.340-9	C
06-2016	COTIZACION NORMAL	11/07/2016	33.250	0,91	36.709,94	77.975.340-9	C
05-2016	COTIZACION NORMAL	10/06/2016	23.958	0,65	36.959,98	77.975.340-9	C
05-2016	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	10/06/2016	7.758	0,21	36.959,98	81.826.800-9	C
04-2016	COTIZACION NORMAL	12/05/2016	33.250	0,91	36.557,69	77.975.340-9	C
03-2016	COTIZACION NORMAL	08/04/2016	35.194	0,98	36.013,00	77.975.340-9	C
02-2016	COTIZACION NORMAL	09/03/2016	33.250	0,94	35.535,81	77.975.340-9	C
01-2016	COTIZACION NORMAL	09/02/2016	33.250	0,95	35.073,02	77.975.340-9	C
12-2015	COTIZACION NORMAL	11/01/2016	32.125	0,90	35.502,29	77.975.340-9	C
11-2015	COTIZACION NORMAL	10/12/2015	32.125	0,90	35.782,88	77.975.340-9	C
10-2015	COTIZACION NORMAL	11/11/2015	34.468	0,95	36.168,05	77.975.340-9	C
09-2015	COTIZACION NORMAL	07/10/2015	32.125	0,91	35.400,39	77.975.340-9	C
09-2015	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	13/10/2015	14.992	0,42	35.632,70	70.285.100-9	C
08-2015	COTIZACION NORMAL	10/09/2015	16.057	0,45	35.340,09	77.975.340-9	C
07-2015	COTIZACION NORMAL	11/08/2015	32.125	0,89	36.256,57	77.975.340-9	C

## CERTIFICADO COTIZACIONES

Folio de Certificación N°:670837093C1E302801

18 de enero de 2019

A.F.P. Modelo S.A., certifica que a la fecha, la Sra. : NORALBA PALOMINO FLOREZ R.U.T.: 24.405.115-4 DOMICILIO: Max Casas 229, Coyhaique, Coihaique, Undecima Region registra en su CUENTA OBLIGATORIA las siguientes cotizaciones, correspondientes al periodo comprendido entre 05/1981 y 01/2019.

Periodo	Tipo de Movimiento	Fecha Caja	Monto		Valor Cuota	Rut Pagador	Tipo Fondo
			Pesos	Cuotas			
02-2017	COTIZACION NORMAL	13/03/2017	15.400	0,39	39.320,18	77.975.340-9	C
01-2017	COTIZACION NORMAL	10/02/2017	32.900	0,85	38.579,17	77.975.340-9	C
12-2016	COTIZACION NORMAL	13/01/2017	34.188	0,89	38.386,68	77.975.340-9	C
11-2016	COTIZACION NORMAL	13/12/2016	36.441	0,97	37.377,82	77.975.340-9	C
10-2016	COTIZACION NORMAL	09/11/2016	36.065	0,95	37.772,65	77.975.340-9	C
09-2016	COTIZACION NORMAL	11/10/2016	42.449	1,11	38.242,58	77.975.340-9	C
08-2016	COTIZACION NORMAL	11/09/2016	34.188	0,90	38.063,25	77.975.340-9	C
07-2016	COTIZACION NORMAL	12/08/2016	39.945	1,07	37.269,34	77.975.340-9	C
06-2016	COTIZACION NORMAL	11/07/2016	33.250	0,91	36.709,94	77.975.340-9	C
05-2016	COTIZACION NORMAL	10/06/2016	23.958	0,65	36.959,98	77.975.340-9	C
05-2016	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	10/06/2016	7.758	0,21	36.959,98	81.826.800-9	C
04-2016	COTIZACION NORMAL	12/05/2016	33.250	0,91	36.557,69	77.975.340-9	C
03-2016	COTIZACION NORMAL	08/04/2016	35.194	0,98	36.013,00	77.975.340-9	C
02-2016	COTIZACION NORMAL	09/03/2016	33.250	0,94	35.535,81	77.975.340-9	C
01-2016	COTIZACION NORMAL	09/02/2016	33.250	0,95	35.073,02	77.975.340-9	C
12-2015	COTIZACION NORMAL	11/01/2016	32.125	0,90	35.502,29	77.975.340-9	C
11-2015	COTIZACION NORMAL	10/12/2015	32.125	0,90	35.782,88	77.975.340-9	C
10-2015	COTIZACION NORMAL	11/11/2015	34.468	0,85	36.168,05	77.975.340-9	C
09-2015	COTIZACION NORMAL	07/10/2015	32.125	0,91	35.400,39	77.975.340-9	C
09-2015	COTIZACION NORMAL POR SUBSIDIO	13/10/2015	14.992	0,42	35.632,70	70.285.100-9	C
08-2015	COTIZACION NORMAL	10/09/2015	16.067	0,45	35.340,09	77.975.340-9	C
07-2015	COTIZACION NORMAL	11/08/2015	32.125	0,89	36.256,57	77.975.340-9	C

**CONSULTAR SITUACIÓN TRIBUTARIA DE TERCEROS**

A través de esta opción, el SII proporciona información a los contribuyentes respecto de su situación tributaria, de manera que tomen conocimiento del estado en que se encuentran, al momento de realizar la consulta, y las situaciones que deben ser solucionadas. Junto con lo anterior, permite alertar a aquellas personas que efectúan operaciones con contribuyentes de comportamiento tributario irregular.

**Nombre o Razón Social :** NORALBA PALOMINO FLOREZ**RUT Contribuyente :** 24405115-4

Fecha de realización de la consulta: 24-06-2019 16:28 hrs

Contribuyente presenta Inicio de Actividades: SI

Fecha de Inicio de Actividades: 07-11-2016

Contribuyente autorizado para declarar y pagar sus impuestos en moneda extranjera: NO

Contribuyente es EMPRESA DE MENOR TAMAÑO PRO-PYME: NO

**Actividades Económicas vigentes:**

Actividades	Código	Categoría	Afecta IVA
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.	960909	Segunda	No

**Documentos Timbrados:**

Documento	Año último timbraje
Boletas De Honorarios Electronicas	2019

Para informarse sobre un documento específico del contribuyente, diríjase a Consulta de documentos autorizados.

**Observación: Recomendación General**

Como recomendación general, siempre que se realicen transacciones comerciales con cualquier contribuyente, el SII aconseja verificar, en las opciones anteriores habilitadas, el timbraje del documento y que la actividad económica esté vigente en las bases de datos del Servicio. Además, se recomienda verificar que el domicilio y la actividad económica consignados en la factura o boleta que reciba, correspondan al vendedor o prestador del servicio ofrecido.

Para un mayor resguardo, se recomienda efectuar el pago con cheque nominativo o vale vista a favor del proveedor, anotando al reverso el RUT del emisor y número del documento recibido.

**Si el contribuyente correspondiente al RUT consultado, no está de acuerdo o desconoce la situación informada en esta consulta, deberá concurrir a la unidad del SII correspondiente a su domicilio para aclarar o resolver su situación.**

**Esta consulta no constituye una certificación del comportamiento tributario del contribuyente. De esta manera, si para un RUT no aparecen observaciones, no significa que en una posterior auditoría no se detecten problemas.**

[Consultar otro Contribuyente](#)

Servicio de Impuestos Internos

Señores: Departamentos de extranjería y migración

Ministerio de interior y de seguridad publica

Santiago de chile.

Mediante este medio pido muy respetuosamente exponer a ustedes las razones que motivan a solicitar la nacionalidad chilena en la republica de chile yo noralba palomino florez de nacionalidad colombiana, con cedula de identidad de extranjero 24.405.115-4 casada, empleada en el servicio de salud, con domicilio Maximiliano casas 229 comuna Coyhaique Region Aysen expongo que llevo residiendo en chile aproximadamente 8 años y desde mi llegada me he desempeñado como auxiliar de servicio, actividad laboral que desempeño en el Hospital Regional de Coyhaique,

Director Don Jaime Eduardo Lopez Quintana Cedula nacional de identidad n°8.081.741-k de profesion ingeniero comercial, con domicilio en calle jorge ibar n° 068 de Coyhaique Aysen. la estadia en la ciudad de Coyhaique Region de Aysen, me ha sido grata, es una urbe tranquilidad, acogedora, con unos hermosos paisajes en el cual me siento totalmente integrada arraigadas a su cultura y indosincrasia tanto en la vida cotidiana como a nivel profesional en la ciudad con la que me he relacionado con todos los extremos, donde tengo ya bastantes lazos personales como amigos y colegas de profesión.

Estableciendo mi matrimonio en el país de chile con mi esposo Arturo luis lincoman tavie

Cedula de identidad 13.970.196-8 de nacionalidad chilena.

Donde cuenta con un contrato indefinido en las empresa distribuidora dimak de la ciudad de Coyhaique.

Lo mas importante que en este país me siento comoda he integrada, la cual agradesco inmensamente.

Solicito respetuosamente que se tenga todos los antecedentes presentados durante el proceso de mi nacionalidad en la republica de chile.

Se despide atte NORALBA PALOMINO FLOREZ

Colombiana pasaporte n°AO582973

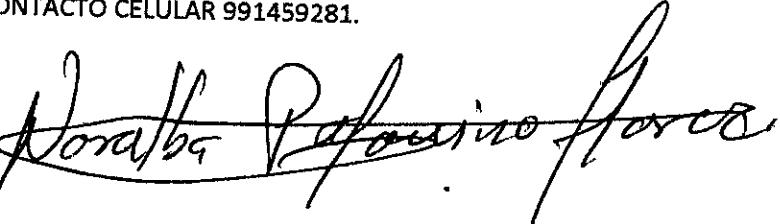
CEDULA DE CIUDANIA COLOMBIANA N° 667189 65

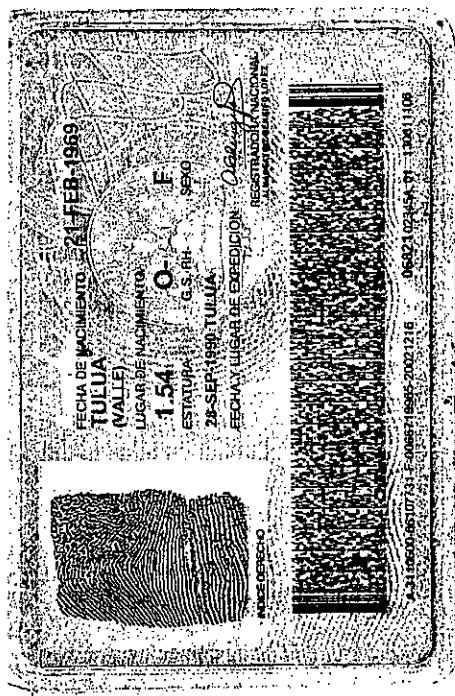
CEDULA DE EXTRANGERIA CHILENA 24405115-4

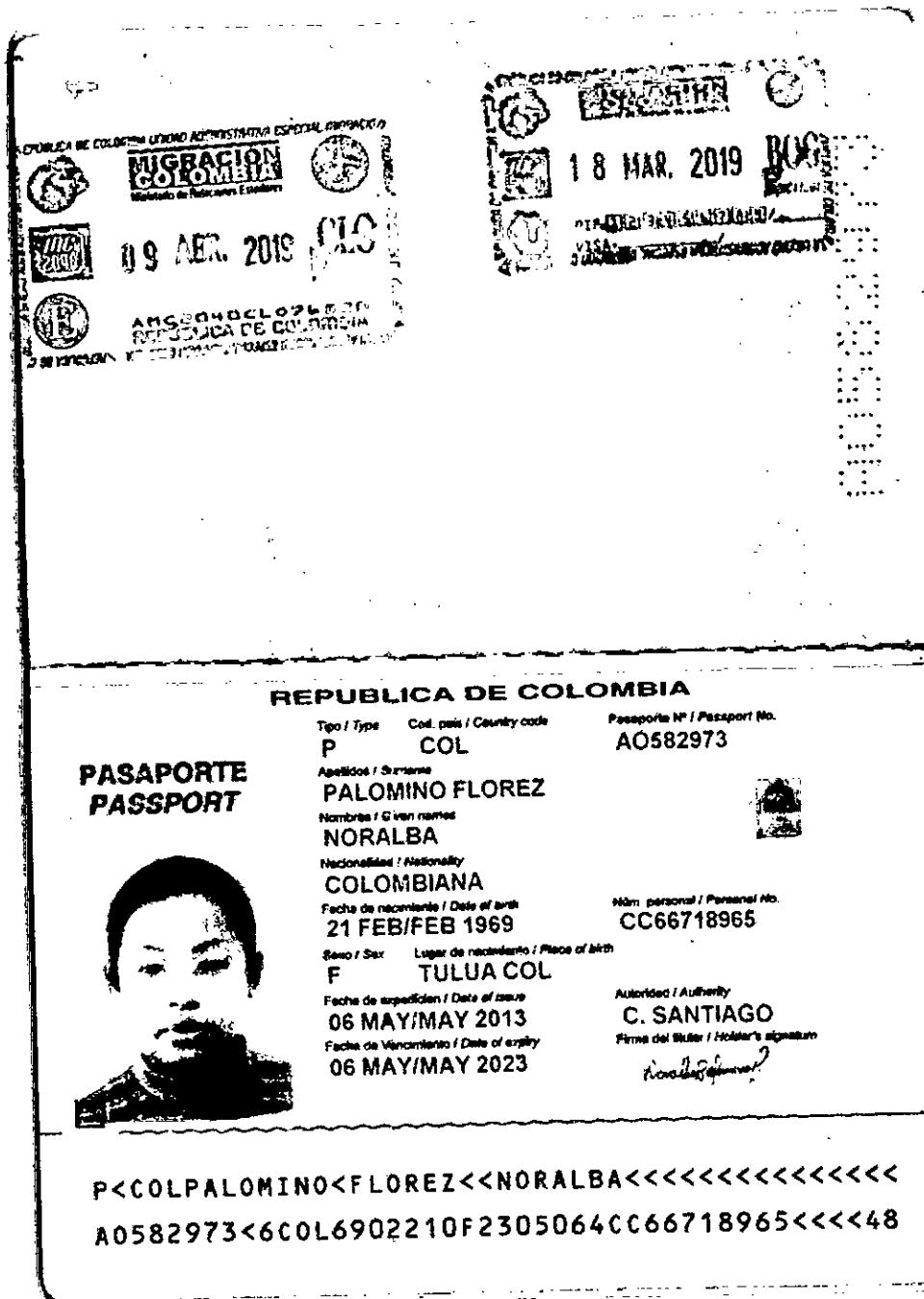
DOMICILIO MAX CASAS N°229

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA MAX CASAS N°229 XI REGION

TELEFONO DE CONTACTO CELULAR 991459281.

firmar: 







República de  
Colombia

A0 582973

Toda alteración en este pasaporte implica su invalidez.  
Any alteration to this passport will render it invalid.

## PASAPORTE

"El Gobierno de Colombia solicita a las autoridades nacionales y extranjeras dar al titular del presente pasaporte las facilidades para su normal tránsito y brindarle, en caso de necesidad, la ayuda y cooperación que puedan ser útiles.

*The Government of Colombia requests all national and foreign authorities to allow the bearer of this passport to move freely and in case of need to afford such help and assistance as may be necessary.*

Le Gouvernement de la Colombie demande aux autorités nationales et étrangères de donner au titulaire du présent passeport, les facilités pour son déplacement normal et de lui procurer l'aide et la coopération qui puissent lui être utiles, en cas de nécessité."



(Favor completar con letra imprenta)

### 1 Datos Cliente / Crédito / Credit customer

Código Cliente  
(Customer account)  
Razón Social  
(Company)

Rut  
(C.I.)

### 2 Remitente (Enviado por) / Sender

Nombre  
(Name)\*  
Calle  
(Street)

Número  
(Number)

Resto Dirección  
(Rest of address)

Comuna  
(Area)

Código Postal  
(Zip Code)

Teléfono  
(Phone)

### 3 Destinatario (Recibido por) / Receiver

Nombre  
(Name)

Número  
(Number)

Calle  
(Street)

Resto Dirección  
(Rest of address)

Sucursal  
(Branch)

Comuna  
(Area)

Correo Electrónico  
(E-mail)

Código Postal  
(Zip Code)

Teléfono  
(Phone)

### 4 Uso Exclusivo Correos Chile / Correos Chile Only

Porte / Franqueo

Rebido por

Fecha Admisión

dd mm aa

Código de Red Logística Oficina de Origen

**CORREOS CHILE** Servicio al Cliente  
600 950 20 20



6000103309325

### 5 Servicio (Service) Atributo (Atributte) Datos Adicionales (Additional Data)

Courier Documento	<input checked="" type="checkbox"/>	11:00 AM	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Piezas
Courier Paquete	<input type="checkbox"/>	Pago en Destino	<input type="checkbox"/>	
Encomienda	<input type="checkbox"/>	Reembolso Pago en Destino Entrega en Sucursal	<input type="checkbox"/>	Monto Reembolso \$ <input type="text"/>

### 6 Características del Contenido / Characteristics of the content

PESO (Kilogramos)	Largo	Alto	Ancho	Dimensiones (centímetros)

Descripción del contenido	Valor Declarado \$	Nº Factura o Boleta

### 7 Mercancías Peligrosas, Prohibidas y Condiciones de Servicio / Dangerous and prohibited goods, and terms and conditions

Declaro que este envío no contiene mercancía peligrosa ni prohibida; que conozco la normativa que regula el transporte de éstas y las sanciones asociadas a su infracción, así como las indemnizaciones por destrucción, despojo y demás condiciones publicadas en [www.correos.cl](http://www.correos.cl)

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Rut: \_\_\_\_\_ Fecha: dd mm aa

COPIA: AGENCIA DEST

(Favor completar con letra imprenta)

#### 1 Datos Cliente / Credito / Credit customer

Código Cliente  
(Customer account)

Rut  
(IC)

Resón Social  
(Reason)

#### 2 Remitente (Enviado por) / Sender

Nombre  
(Name)

Calle  
(Street)

Número  
(Number)

Resto Dirección  
(Rest of address)

Comuna  
(Area)

Código Postal  
(Zip Code)

Teléfono  
(Phone)

#### 3 Destinatario (Recibido por) / Receiver

Nombre  
(Name)

Calle  
(Street)

Número  
(Number)

Resto Dirección  
(Rest of address)

Casilla  
(P.O. Box)

Sucursal  
(Branch)

Comuna  
(Area)

Correo Electrónico  
(E-mail)

Código Postal  
(Zip Code)

Teléfono  
(Phone)

#### 4 Uso Exclusivo Correos Chile / Correos Chile Only

Porte / Franqueo

Recibido por

Fecha Admisión

dd mm aa

Código de Red Logística Oficina de Origen

**CORREOS CHILE** Servicio al Cliente 600 950 20 20



6000103309325

#### 5 Servicio (Service) Atributo (Atributte) Datos Adicionales (Additional Data)

Courier Documento  11:00 AM  Cantidad de Piezas

Courier Paquete  Pago en Destino

Encomienda  Reembolso  Monto Reembolso

Pago en Destino  \$

Entrega en Sucursal

#### 6 Características del Contenido / Characteristics of the content

PESO (Kilogramos) Dimensiones (centímetros)

Largo  Alto  Ancho

Descripción del contenido  Valor Declarado \$  N° Factura o Boleta

**7 Mercancías Peligrosas, Prohibidas y Condiciones de Servicio / Dangerous and prohibited goods, and terms and conditions**

Declaro que este envío no contiene mercancía peligrosa ni prohibida; que conozco la normativa que regula el transporte de éstas y las sanciones asociadas a su infracción, así como las indemnizaciones por destrucción, despojo y demás condiciones publicadas en [www.correos.cl](http://www.correos.cl)

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha: dd mm aa

**COPIA: DESTINATARIO**

CON  
Nº 99

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR N°  
Y SEGURIDAD PUBLICA 99  
Visación

SUJETA A CONTRATO  
TITULAR

A: Doña Noralba PALOMINO  
FLOREZ

Empleador: SERVICIOS RIVAS Y REYES  
Nº DNI: 119812013

Válida para permanecer en Chile

• Desde: 03/10/2013



ENTREGADA

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
Y SEGURIDAD PUBLICA

28

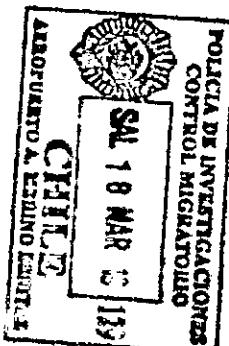
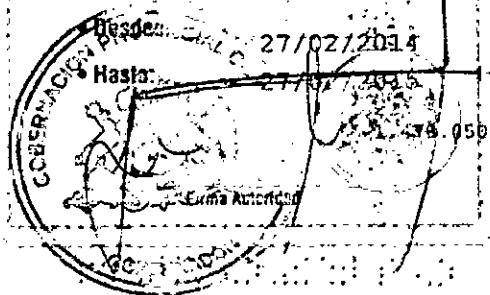
Visación

TEMPORARIA  
TITULAR

A: Doña Noralba PALOMINO  
FLOREZ

Res. N°:

250/2014  
Válida para permanecer en Chile



45 PIDEH17

LA PRESENTE COPIA ES FIEL AL ORIGINAL  
QUE CONSTA DE 5 CARILLAS.  
DOY FE, COYHAIQUE A: 22 ABR. 2019

