

BUIN, 30 ABR 2021

DECRETO ALCALDICIO N° 969 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letra i) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades de 1988.

CONSIDERANDO: 1.- Que por Decreto Alcaldicio N° 870 de fecha 16 de abril de 2021, se nombra como **Alcalde Subrogante a don Juan Rodrigo Astudillo Araya**, desde el 16 de abril de 2021 hasta el 17 de mayo de 2021, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo.

2.- El **Memorándum N° 503**, de fecha 20 de abril de 2021, de la Dirección de Desarrollo Comunitario donde solicita al Sr. Alcalde(S) decretar el aporte económico otorgado a **Cecilia Vera Catalán**. Se adjunta la siguiente documentación:

- ⊗ Certificado Social N° 31, de fecha 20.04.2021, a nombre de Cecilia Vera Catalán.
- ⊗ Fotocopia Cédula de Identidad Cecilia Vera Catalán.
- ⊗ Informe Socioeconómico, emitido por la Asistente Social del Servicio de Neonatología del Hospital Barros Luco Rudeau, al Depto. Asistencial de la Municipalidad, para apoyo económico a Cecilia Vera Catalán.
- ⊗ Certificado Afiliación a FONASA de Cecilia Vera Catalán.
- ⊗ Certificado de Cotizaciones Previsionales Cecilia Vera Catalán.
- ⊗ Certificado de Afiliación A FONASA Carlos Salinas Inostroza.
- ⊗ Certificado de Cotizaciones Previsionales Carlos Salinas Inostroza.
- ⊗ Cartola Hogar, Registro Social de Hogares, Cecilia Vera Catalán.
- ⊗ Solicitud Examen de Laboratorio RN Vera Catalán.
- ⊗ Cotización de fecha 23.02.2021, emitida por Centro de Diagnóstico INTA, por la suma total de \$68.000.-.

3.- La **Pre-Obligación Presupuestaria N° 282**, de fecha 22 de abril de 2021 emitida por el Departamento de Presupuesto de la Secretaría Comunal de Planificación.

4.- La **Instrucción** del Sr. Alcalde(S) para decretar la ayuda social.

DECRETO.

1.- Autorícese el pago por la suma de **\$72.900.- (setenta y dos mil novecientos pesos)** a **Universidad de Chile (Centro de Diagnóstico INTA)**, RUT N° _____ para la realización de examen médico Tandem Mass, beneficio concedido a doña **Cecilia de las Mercedes Vera Catalán**, Cédula de Identidad N° _____, domiciliada _____, Comuna de Buin.

2.- El gasto se deberá imputar el ítem presupuestario 215.24.01.007 "Asistencia Social a Personas Naturales", Centro de Costo 25.04.01.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ALCALDE (S)

JAA. GMG. VZS. mss.

DISTRIBUCION

- Control
- D.A.F.
- DIDECO
- Archivo SECMU

E:\Nueva carpeta\Marina\DECRETOS 2016-2020\Ayuda Social\Exámenes\2021\Cecilia Vera Catalán.doc