



26 DIC 2022

BUIN,

DECRETO ALCALDÍCIO N° 3782 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letra i) y letra j) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades de 1988 y sus modificaciones.

CONSIDERANDO: 1.- Que por Decreto Alcaldicio N° 2773 de fecha 23 de octubre de 2018, el Sr. Alcalde delega en el Administrador Municipal Sr. Juan Rodrigo Astudillo Araya, atribuciones y facultades Alcaldicias.

2.- Que por Decreto Alcaldicio N° 112 de fecha 13 de enero de 2022, se aprueba el programa denominado **Asistencial 2022**.

3.- El **Memorándum N° 2739**, de fecha 14 de diciembre de 2022, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, donde solicita al Administrador Municipal decretar la ayuda social otorgada a **Marta Palma Navarro**. Se adjunta la siguiente documentación:

- ① Informe Social N° 328, de fecha 13.12.2022 a nombre de Marta Palma Navarro.
- ② Fotocopia Cédula de Identidad.
- ③ Cartola Hogar, Registro Social de Hogares.
- ④ Presupuesto Kinerod N° 194, de fecha 12.10.2022, por la suma total de \$83.790.-, emitido por Centro Médico Kinerod.
- ⑤ Certificado de Antecedentes Médicos, de fecha 18.10.2022, elaborado por un profesional del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Luis Buin-Paine, para ser presentada en AFP Provida.
- ⑥ Fotocopia Ingreso Municipal N° 2494334, a nombre de Marta Palma Navarro, correspondiente a permiso Feria Persa García, emitido por la Municipalidad de Buin.
- ⑦ Certificado de Cotizaciones Previsionales de la Sra. Palma Navarro.
- ⑧ Carta Compromiso de Pago, de fecha 06.12.2022, en la que el Depto. Asistencial se compromete con Centro Médico Kinerod al pago de examen médico de Marta Palma Navarro.
- ⑨ Receta Médica de fecha octubre de 2022, en la que solicitan examen TAC a la Sra. Palma Navarro.

4.- La **Pre-Obligación Presupuestaria N° 1557**, de fecha 16 de diciembre de 2022, emitida por la Secretaría Comunal de Planificación.

5.- La **Instrucción** del Administrador Municipal para decretar la ayuda social.

DECRETO.

1.- Autorícese el pago por la suma de **\$83.790.-** (ochenta y tres mil setecientos noventa pesos) a Sociedad de Salud Los Guindos Limitada (Centro Médico Kinerod), RUT N° ..., por concepto de examen médico, beneficio otorgado a **Marta Inés Palma Navarro**, 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 ARCHÍVESE.



GERÓNIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA, GMG, VZS, mss.
DISTRIBUCIÓN:
- Control
- DAF
- DIDECO
- Archivo SECMU

F:\Nueva carpeta\Marina\DECRETOS 2016-2020\Ayuda Social\Exámenes\2022\Marta Palma Navarro.doc



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

Por Orden del Sr. Alcalde

Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 1557

Fecha: 16/12/2022

Glosa: MEMO. DIDEKO N°2739/2022 - Ayuda social para Marta Palma.

Rut/Nombre:

Preob./Oblig.:

Cuenta
Sub. Prog. C. Costo Total Pre. Vigente Obl. Acum. Sal. Presup. PreObligado Sal. Dispon.
2152401007 Asistencia Social a Personas Naturales
4 PROGRAMAS SOCIAL 250401 83.790 230.543.000 204.488.901 26.054.099 10.690.803 15.363.236
TOTALES: 83.790

EMITIDO POR acanuta : Alejandro Cañuta Quiñimil



752512



Ilustre Municipalidad
de Buin

RECIBIDA
SECPILA
14 DIC 2022
FIRMA

MEMO : N° 273P
ANT : No hay
Materia : Solicita decretar pago
Para ayuda social para
Doña Marta Palma Navarro.

BUIN,

14 DIC 2022



DE : JONATHAN FERNANDEZ FIGUEROA
DIRECTOR
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

A : JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN

Junto con saludar, me permito solicitar a Ud., autorizar y decretar el pago de \$83.790 (ochenta y tres mil setecientos noventa), para pago de una tomografía computada columna, en beneficio de Doña Marta Palma Navarro, Cédula de Identidad N° 12.886.311-7 con domicilio en Pasaje 6 casa # 22, Villa Terra Verde. comuna de Buin.

Indicar que el aporte social debe ser dirigido a nombre de **SOCIEDAD DE SALUD LOS GUINDOS LIMITADA RUT 76.086.778-0**, quien presenta dirección comercial en calle Manuel Bulnes #488, comuna de Buin. Con cargo al ítem **Presupuestario Programa Asistencial 2022**, para esto se adjunta: Informe Social N°328, fotocopias cédula de Identidad, cotización de examen, certificado de cotizaciones AFP, entre otros.

Esperando que el proceso finalice satisfactoriamente, saluda cordialmente.

JONATHAN FERNANDEZ FIGUEROA
DIRECTOR DIDEKO
I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

JFF/CRC/sav ~
DISTRIBUCIÓN:
DESTINATARIO
ARCHIVO DIDEKO
ARCHIVO OF. ASISTENCIA

RECIBIDO
ADMINISTRACION
14 DIC 2022
FIRMA



Ilustre Municipalidad
de Buin

INFORME SOCIAL N°328

El profesional quien suscribe, perteneciente a la Dirección Desarrollo Comunitario de la Ilustre Municipalidad de Buin, tiene a bien presentar a ustedes en forma sistematizada el siguiente caso:

I. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo	Marta Inés Palma Navarro		
Cédula de Identidad	12.886.311-7	Fecha de Nacimiento	19/06/1974
Dirección	Pasaje 6 casa # 22, Villa Terra Verde.		
Comuna	Buin.		
Teléfonos	933536826		
Previsión de salud	Fonasa B		
Puntaje Rsh	40%	Ingreso mensual líquido	200.000
Estado Civil	Separada	Escolaridad	Media Completa
Actividad	Trabajadora independiente.		
Solicitud	Aporte social realización de examen médico.		

II. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.

Total Grupo Familiar: **01** Nº Adultos: **01** Nº Menores (Menor de 15 años) **0**

III. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA QUE HABITAN.

TIPO	TENENCIA	TERRENO	SERVICIOS BÁSICOS	
Casa	X	X	X	
Dept.	Propia	Propio	Agua Potable	Si No
Mediagu a	Arrendad o	Arrendad o	Electricidad	
	Cedida	Cedido	Alcantarillad o	
	Allegado	irregular		

V. DETERMINACIÓN DEL BENEFICIO.

El grupo familiar, ¿postula por primera vez del beneficio?

NO SI

Solicitante se encuentra con algunas complicaciones de salud, es primera vez que

Explique solicitan este tipo de ayuda económica.

El Jefe de Hogar, ¿El jefe de hogar es el único ingreso estable?

NO SI

Solicitante realiza trabajos de comerciante en feria libre.
Explique _____

VI. NECESIDADES MÉDICAS DETECTADAS

Enfermedades Crónica

Adjunta certificado médico. Si x NO ---

Discapacidad Física
Sensorial
Mental
Dependiente insulina
Cáncer
Otros

x

Solicitante presenta: trastorno efectivo bipolar.

Sistematización Profesional

Familia unipersonal, habita vivienda propia en buen estado de conservación se ubica en sector urbana de la comuna, cercano a comercio, servicios de salud. Vivienda cuenta con dos habitaciones, living, comedor, cocina y baño, presenta todos los servicios básico necesarios.

Individualizada fruto de fuertes dolencias en su cabeza se debe realizar examen médico de la columna que ayuden a determinar el origen de estos dolores y de un posible cáncer cerebral, ante este escenario requirente se debe realizar una tomografía computada a la columna.

Los ingresos económicos de peticionaria son obtenidos por medios de trabajos como comerciante en feria libre realizados por requirente, ingresos que son inestable y poco frecuentes. Estos ingresos están destinados a cubrir las necesidades básicas del hogar, tales como: pago de servicios básicos, alimentación, movilización, entre otros.

Suplicante se acerca a la Dirección de Desarrollo Comunitario, solicitando ayuda social con la finalidad de poder realizar examen médico, ya que desafortunadamente no cuenta con el dinero suficiente para cubrir este importante gasto.

Conforme a los antecedentes anteriormente expuesto, según evaluación social realizada y teniendo en cuenta la situación de salud y económica de requirente, el

profesional que suscribe, Trabajador Social cree procedente la solicitud para ser beneficiada con aporte social, para la realización examen médico.

De acuerdo a lo anteriormente descrito y considerando evaluación de situación socioeconómica, a través de documentación presentada por solicitante, el profesional que suscribe, considera necesaria la ayuda a entregar corresponde a un monto de \$83.790 (ochenta y tres mil setecientos noventa), monto que cubrirá el valor total de dichos exámenes médicos, se indica que el aporte social debe ser dirigido a nombre de SOCIEDAD DE SALUD LOS GUINDOS LIMITADA RUT 76.086.778-0. Subrayar que el aporte económico se debe cargar al ítem presupuestario Programa Asistencial 2022.

Nombre Trabajador Social	Carolina Reyes Garín
Cargo	Coordinadora Programa Asistencial
Servicio o Institución	Ilustre Municipalidad de Buin, Dideco, Manuel Montt Nº354, Buin
Teléfono	0228218482
Correo	creyes@buin.cl
Trabajador social	Sergio Aguilera Verdejo
Fecha	13.12.2022

CRG/savz.



CÉDULA DE
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APELLIDOS
PALMA
NAVARRO

NOMBRES
MARTA INÉS

NACIONALIDAD **SEXO**

CHILENA

F

FECHA DE NACIMIENTO **NÚMERO DOCUMENTO**
19 JUN 1974 **522.741.981** **12.886.311-7**

FECHA DE EMISIÓN **FECHA DE VENCIMIENTO**
01 OCT 2020 **19 JUN 2024**

FIRMA DEL TITULAR

RUN 12.886.311-7



Cartola Hogar

Registro Social de Hogares



Folio #41579499

Fecha Confirmación Ciudadano: 26/02/2009

Esta cartola ha sido construida con información actualizada y aprobada por el municipio hasta el día 24 de Noviembre de 2022 a las 00:30 horas. Los cambios de información aprobados con posterioridad a esa fecha se verán reflejados en su cartola el primer día hábil de Enero 2023

**Marta Inés
Palma Navarro**

RUN:
12.886.311-7

Dirección del Hogar:
Pasaje Seis /9, Nro domicilio: 22, Casa: 0,
Sitio: 0, Buin.

Agrupación Habitacional:
Terra Verde /9 -Vi

Calificación Socioeconómica

40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

-Ingresos
+Vulnerabilidad +Ingresos
-Vulnerabilidad

Su hogar está calificado entre el **0% y el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

La Calificación Socioeconómica del hogar se calculó en base a los datos que se detallan a continuación:

Integrantes del Hogar

RUN	Nombre	Parentesco con el Jefe(a) del Hogar
12.886.XXX-X	Marta Inés Palma Navarro	Jefe(a) de hogar

Características integrantes del hogar

Menores de 18 años 0 personas	De 60 años o más 0 persona	Dependencia o discapacidad 0 personas
----------------------------------	-------------------------------	--

Ingresos del hogar

Ingresos del trabajo: menor que \$50.000
Ingresos de pensiones: menor que \$50.000
Ingresos de capital: menor que \$50.000

En base a información disponible de los últimos 12 meses.

**Total Ingresos del hogar
Menor que \$50.000**

Datos Complementarios

No hay datos complementarios que influyan en la calificación del hogar.

Se recuerda que mantener actualizada esta información es de su responsabilidad. Por tanto, si la información incorporada en este documento es distinta a su situación actual, debe ingresar a la página web www.registrosocial.gob.cl o dirigirse a su Municipalidad para pedir su actualización.

Se reciben consultas del Registro Social de Hogares en:

registrosocial.gob.cl

800 104 777

Oficinas Chile Atiende

Municipalidad

Esta cartola fue impresa el 6 de Diciembre a las 11:01 hrs. desde la I.Municipalidad de Buin

Presupuesto Kinerod
Número : 194

NOMBRE PACIENTE : MARTA INES PALMA NAVARRO
DNI PACIENTE : 12.886.311 - 7
NAC. PACIENTE : 19 DE JUNIO DE 1974
EDAD : 48 AÑOS 3 MESES

TELÉFONO : 933536826
PREVISIÓN : FONASA
MEDICO TRATANTE :
ESPECIALIDAD :

Artículos	Copago x Cant	Valor	Cant.	Total
0403008-02 TOMOGRAFÍA COMPUTADA COLUMNA	\$83.790	\$83.790	1	\$83.790
TOTAL COPAGOS				\$83.790
TOTAL PRESUPUESTO				\$83.790

Observaciones :

Atenderá por: Dayan Solange Rojas Molina

Impreso por: Gisselle Analia Moya Moya

Fecha: 12/10/2022 11:15:35

Entrega 6 días v no hábiles (de corrido)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES MEDICOS

Fecha:

18/10/2022

I. IDENTIFICACIÓN SOLICITANTE

Nombre Completo Solicitante: _____
Rut Solicitante: _____

II. IDENTIFICACIÓN MEDICO TRATANTE

Nombre Médico Tratante: Fernando José Ramírez Nieto
Rut: 16.632.503-k
Lugar de Atención: HSLB (B.V.N)

III. CONFIGURACION DEL IMPEDIMENTO

Diagnóstico (s): TR Afectivo Bipolar

Fecha inicio patología (s) Registro mental desde 9/11/2015 (HSLB)

antecedente episodio depresivo grave desde año 2003

Fecha de evaluación de la enfermedad o impedimento:

Evaluaciones semanales desde 9/11/2015 en OSAN Bim, con controles en unidad ambulatoria por parte del equipo de especialistas desde la fecha anterior, este año (2022) con Proyecto Prisma / Evitano

Evaluación de la (s) patología (s): (Señale una de ellas)

MEJORIA

ESTABILIZACION

AGRAVAMIENTO

Terapias médicas o quirúrgicas efectuadas o por efectuar
(indicar nombre genérico, dosis y uso de los medicamentos)

TTO ant21

- ① Aado balspergo 80 mg 0-0-2
- ② Amiprazol 10 mg 1-0-0
- ③ Clotigpine 100 mg 0-0-2 1/2

Dr. Fernando Ramírez Nieto
Médico Psiquiatra Adultos
Rut: 16.632.503-k
RCM: 35369-8

FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO





Nº 537436

2494334

PALMA NAVARRO MARTA INES	12886311-7	
NOMBRE	RUT	
PJE. 6 CASA 22 TERRAVERDE DOMICILIO	BUIN COMUNA	
FERIA PERSA GARCIA TRIBUTO O MULTA POR INFRACIÓN	TELÉFONO	
R.O.L.	VIGENCIA	FECHA EMISIÓN

INGRESO

CONCEPTO:
GIRO: VENTAS DE ROPA USADA, ART. DE ASEO
/ UBICACION. FERIA PERSA GARCIA. ESPACIO
COMPARTIDO. PERMISO AUTORIZADO HASTA EL
DIA 11 DE DICIEMBRE DE 2022/ CANCELA MEDIO
PUESTO.

Patentes Comerciales	31/10/2022
UNIDAD	FECHA VENCIMIENTO
IMPUESTOS Y/O DERECHOS	VALORES \$
Permiso Patentes bien nacional uso publico	3.015 9.048

PAGADO

06/10/2022

NOTARIO: CAR Luminoso Otros	SUB TOTAL	12.063
	I.P.C.	0
	INTERES	0
	TOTAL \$	12.063
EFFECTIVO MUNICIPAL	LIQUIDADOR	EMISOR

CONTRIBUYENTE

Si desea validar este certificado en
internet,
use este número de certificado:
224.263.532



Miercoles, 19 de Octubre de 2022

Certificado de Cotizaciones

AFP ProVida S.A. certifica que la Cuenta de Capitalización individual número 1008-0090-0100152841, perteneciente al afiliado(a), Señor(a) MARTA INES PALMA NAVARRO , RUT 12.886.311-7 , registra las siguientes cotizaciones correspondientes al 10% de las remuneraciones y/o rentas declaradas.

Periodo Pago	Renta Imponible	Fondo de Pensiones	Código de Cotización	Empleador	Rut Empleador	Fecha Pago
OCT-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
SEP-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
AGO-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
JUL-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
JUN-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
MAY-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
ABR-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
MAR-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
FEB-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
ENE-2022	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
DIC-2021	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
NOV-2021	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		
OCT-2021	\$0	\$0		PERIODO SIN INFORMACION		

Los códigos de cotización indican lo siguiente:

- D: Declarada y no Pagada.
- V: No declarada sobre las cuales hemos detectado morosidad.
- G: Corresponde a Gratificación.
- T: Recibidas desde otra AFP.
- C: Cuota de convenio no representa total de la cotización.
- A: Declaración y no Pago Automático.
- P: Pago recibido desde Tesorería General de la República.
- I: Declarada y no Pagada, informada por Tesorería General de la República.

Gordialmente,



AFP Provida S.A.

AFP Provida S.A.
Servicio de Información ProVida AFP en línea

! Puedes obtener el mismo certificado en tu Sucursal Virtual en www.provida.cl, en ProVida APP desde tu celular, en el Contact Center o en cualquiera de nuestras Sucursales; sea cual sea la opción que elijas, siempre tiene la misma validez.

Certificado no válido para presentar reclamo judicial, Ley 20.023. Si desea un documento para tales efectos, solicite expresamente "Certificado Reclamo Judicial".



Ilustre Municipalidad
de Buin

CARTA DE COMPROMISO

SEÑORES:
KINEROD
PRESENTE

De acuerdo a la información enviada por usted, informo que la Ilustre Municipalidad de Buin, mediante la Dirección de Desarrollo Comunitario, específicamente Departamento Asistencial, cancelará \$83.790 Por concepto de la realización de una tomografía a la columna, dicho monto será cancelado con cheque a nombre de vuestra Institución, nombre de la beneficiada Marta Palma Navarro, RUN 12.886.311-7.

Se enviará cheque a la brevedad posible.

Saluda Atentamente a Usted.



CAROLINA REYES GARÍN
TRABAJADOR SOCIAL
COORDINADORA OFICINA ASISTENCIAL
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN

creyes@buin.cl
Buin, diciembre 06
del 2022.-

06-12-2022

Marta Palma Navarro

RECETA MEDICA

Fecha: 11/10/22 Maria Portera Noveno.

Nombre Paciente: Maria Portera Noveno.

RUT: 12386311-2 Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Rp.

Cervicalgia

TAC

Colimina Cervical

Dra. Leslie Astorga G.
Médico
17.427.265-4
RCM: 37416-4

Nombre y Firma Médico

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO