

BUIN, 26 DIC 2022

DECRETO ALCALDICIO 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:

- Ⓢ Informe Social N° 328, de fecha 13.12.2022 a nombre de Marta Palma Navarro.
- Ⓢ Fotocopia Cédula de Identidad.
- Ⓢ Cartola Hogar, Registro Social de Hogares.
- Ⓢ Presupuesto Kinerod N° 194, de fecha 12.10.2022, por la suma total de \$83.790.-, emitido por Centro Médico Kinerod.
- Ⓢ 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.
- Ⓢ Fotocopia Ingreso Municipal N° 2494334, a nombre de Marta Palma Navarro, correspondiente a permiso Feria Persa García, emitido por la Municipalidad de Buin.
- Ⓢ Certificado de Cotizaciones Previsionales de la Sra. Palma Navarro.
- Ⓢ 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.
- Ⓢ 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 ARCHIVESE.



GERÓNIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

Por Orden del Sr. Alcalde

JAA/GMC/VZS, mss.

DISTRIBUCION

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

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

Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 1557

Fecha: 16/12/2022

Glosa: MEMO. DIDECO 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	10.690.263	25.363.236
TOTALES:			83.790					

EMITIDO POR acanuta : Alejandro Cañuta

Quiñimil

AUTORIZADO POR



752512



MEMO : N° 2739
ANT : No hay
Materia : Solicita decretar pago
Para ayuda social para
Doña Marta Palma Navarro.

BUIN,

14 DIC 2022

DE : JONATHAN FERNANDEZ FIFUEROA
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 DIDECO
I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

JFF/CRC/sa
DISTRIBUCIÓN:
DESTINATARIO
ARCHIVO DIDECO
ARCHIVO OF. ASISTENCIA





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 liquido	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

N° Adultos: 01

N° Menores (Menor de 15 años) 0

III. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA QUE HABITAN.

TIPO	TENENCIA	TERRENO	SERVICIOS BÁSICOS
Casa	Propia	Propio	Agua Potable
Depto.	Arrendada	Arrendado	Electricidad
Mediagu	Cedida	Cedido	Alcantarillado
	Allegado	irregular	

Si	No	Tipo
x		
x		
x		

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 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

Adjunta certificado médico. Si x NO ---

Enfermedades Crónica

Discapacidad Física

Sensorial Mental

Dependiente insulina

Cáncer

Otros

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☒

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.

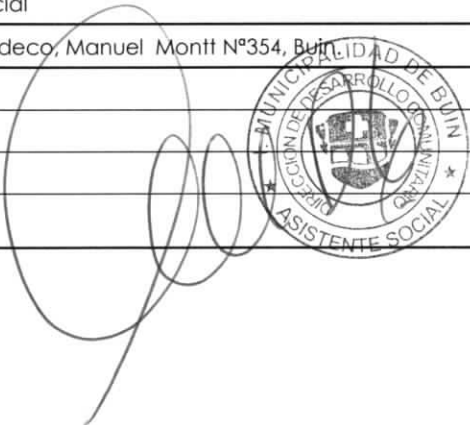
Conforme a los antecedentes anteriormente expuesto, según evaluación social realizada y teniendo en cuenta la situación de salud y económica de requirente, el

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 N°354, Buin
Teléfono	0228218482
Correo	creyes@buin.cl
Trabajador social	Sergio Aguilera Verdejo
Fecha	13.12.2022

CRG/sav.



CÉDULA DE
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APELLIDOS

PALMA
NAVARRO

NOMBRES

MARTA INÉS

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

19 JUN 1974

NÚMERO DOCUMENTO

522.741.981

12.886.311-7

FECHA DE EMISIÓN

01 OCT 2020

FECHA DE VENCIMIENTO

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

Calificación Socioeconómica

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

-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

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

TELÉFONO : 933536826
PREVISIÓN : FONASA
MEDICO TRATANTE :
ESPECIALIDAD :

Conceptos	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 :
 Generado por: Dayan Solange Rojas Molina
 Impreso por: Gisselle Analía Moya Moya
 Fecha: 12/10/2022 11:15:35

Validez 6 días y 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 Solicitante: Rut: (16.632.503-K)

Lugar de Atención: HSLB (B.V.N)

III. CONFIGURACION DEL IMPEDIMENTO

Diagnóstico (s): TRAFECTIVO BIPOLAR

Fecha inicio patología (s): Registro inicial desde 9/11/2015 (HSLB)
anteriormente episodio depresivo grave desde año 2003

Fecha de evaluación de la enfermedad o impedimento: _____

Evaluaciones semestrales desde 9/11/2015 en USAP Bn, con controles en
unidad ambulatoria por parte de equipo de especialidad desde la fecha
de inicio, este año (2022) con Psicoterapia / Psicofarmacología / E.V.I.R.N.S

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 ACTUAL:

① Aado Valproico 500mg 0-0-2

② Amiprazol 10mg 1-0-0

③ Clonazepam 1mg 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



**N° 537436**

2494334

PALMA NAVARRO MARTA INES		12886311-7
NOMBRE		RUT
PJE. 6 CASA 22	TERRAVERDE	BUIN
DOMICILIO		COMUNA
FERIA PERSA GARCIA		TELÉFONO
TRIBUTO O MULTA POR INFRACCIÓN		06/10/2022
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		
	SUB TOTAL	12.063
	I.P.C.	0
	INTERES	0
	TOTAL \$	12.063
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.

Cordialmente,



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**"

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: 10/10/22

Nombre Paciente: Maria Patricia Navarro

RUT: 12886311-2 Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Rp. Cervicalgia

TAC

Columna Cervical

Dra. Leslie Astorga C.
Médico
17.427.285-4
RCM: 37416-4

Nombre y Firma Médico

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO