

BUIN, 21 MAR 2024

DECRETO ALCALDICIO N° 1066/ VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letra i) y 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° 179 de fecha 16 de enero de 2024, se aprueba el programa denominado **Asistencial 2024**.

3.- El **Memorándum N° 658** de la Dirección de Desarrollo Comunitario, donde solicita al Administrador Municipal decretar la ayuda social otorgada a **Rosa Castillo González** Se adjunta la siguiente documentación:

- ⊗ Informe Social N° 75, perteneciente a Rosa Angélica Castillo González de fecha 31 de enero 2024.
- ⊗ Fotocopia cédula de identidad perteneciente a Rosa Angélica Castillo González.
- ⊗ Certificado médico solicitando exámenes emitido por Dr. Luis Orellana Pizarro, Centro Medico Kinerod a nombre de Rosa Castillo González del día 01 de marzo 2024.
- ⊗ Presupuesto Kinerod N°16294 a nombre de Rosa Angélica Castillo de fecha 04 de marzo 2024.
- ⊗ Certificado de periodos no cotizados emitido por AFP Capital S.A a nombre de Rosa Angélica Castillo González del día 06 de marzo 2024.
- ⊗ Carta de compromiso de pago emitido por Oficina Asistencial, I. Municipalidad de Buin dirigida a Centro Médico Kinerod por pago de examen medico en beneficio de Rosa Castillo González del día 06 de marzo 2024.
- ⊗ Cartola registro social de hogares a nombre de Rosa Angélica Castillo González.

4.- La **Pre-Obligación Presupuestaria N° 492**, de fecha 08 de marzo de 2024 emitida por el Depto. de Presupuesto de la Secretaría Comunal de Planificación.

5.- La **Instrucción del Administrador Municipal** para decretar.

DECRETO.

1.- Autorícese pago de \$ 101.530.- (Ciento unos mil quinientos treinta pesos) a **Sociedad de Salud Los Guindos (Centro Médico Kinerod)**, Rut 76.086.778-0 en beneficio a Doña **Rosa Castillo González** Cédula de Identidad N° [redacted] Para el pago de exámenes médicos.

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
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por orden del Sr Alcalde

JAA. G.M.G. V.S. mss. ags
DISTRIBUCION:
- Control
- D.A.H.
- DIDECO
- Archivo SECMU