

BUIN, 19 ABR 2024

**DECRETO ALCALDICIO N° 14165 / 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 Memorandum N° 862 del día 09 de abril de 2024 en el que la Dirección de Desarrollo Comunitario solicita al Administrador Municipal decretar la ayuda social otorgada a **Carla Alida Palma Ibáñez** Se adjunta la siguiente documentación:

- ☉ Informe Social N° 129, perteneciente a Carla Alida Palma Ibáñez de fecha 09 de abril 2024.
- ☉ Fotocopia cédula de identidad perteneciente a Carla Alida Palma Ibáñez
- ☉ Fotocopia cédula de identidad perteneciente a Carlos Iván Rodríguez Varas.
- ☉ Cartola Registro Social de Hogares perteneciente a Carla Alida Palma Ibáñez
- ☉ Certificado médico a nombre de Carlos Rodríguez Varas emitido por Dr. Alejandro Ihnen Franke, Clínica Oftalmológica IOPA del día 11 de marzo 2024.
- ☉ Presupuesto N° 201394 a nombre de Carlos Rodríguez Varas emitido por Dr. Alejandro Ihnen Franke, Clínica Oftalmológica IOPA emitido el día 04 de marzo 2024.
- ☉ Correo electrónico de fecha, por medio del cual se informa el monto adeudado por cirugía de Carlos Rodríguez Varas.
- ☉ Certificado de Cotizaciones a nombre de Carla Alida Palma Ibáñez emitido por AFP ProVida del día 28 de marzo 2024.
- ☉ Certificado de Cotizaciones a nombre de Carlos Iván Rodríguez Varas emitido por AFP ProVida del día 01 de marzo 2024.

4.- La **Pre-Obligación Presupuestaria N° 741**, de fecha 12 de abril 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 \$ 592.740.- (Quinientos noventa y dos mil setecientos cuarenta pesos) a IOPA S.A., Rut 93.915.000-5, en beneficio a Doña Carla Alida Palma Ibáñez Cédula de Identidad N° [redacted] aporte en deuda de operación oftalmológica.

2.- Se solicita que este sea transferido a la Cuenta Corriente Nº 00-178-00980-06 del Banco de Chile.

3.- 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**

JAA. G.M.C. V.Z. Miss. age  
DISTRIBUCION:  
- Control  
- D.A.F.  
- DIDECD  
- Archivo SECMU



**JUAN ASTUDILLO ARAYA**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**  
Perdón del Sr. Alcalde