

DEPTO. DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO N°: 1028  
M A T.: APRUEBA PAGO DE BONO QUE  
INDICA A FUNCIONARIAS DEL  
DEPARTAMENTO DE SALUD

REQUÍNOA, 17 ABR 2025

Esta Alcaldía Decretó hoy lo siguiente:

**VISTOS** :

Las facultades que me confieren la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, modificada por Ley N° 19.130 de 1992. Título I, artículo 13 y 14 de la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

**CONSIDERANDO** :

Dictamen de Contraloría General de la Republica N° 6381 de 2018.

Dictamen de Contraloría General de la Republica N° 14.554 de 2019, se complemento lo dispuesto en el dictamen N° 6.381 de 2018.

Carta de Solicitud de la Sra. Tania Vidal Gomez, funcionaria del Departamento de Salud, donde solicita autorizar pago de bono compensatorio de sala cuna, por su hijo menor de 2 años el cual padece enfermedad que lo impide asistir a sala cuna.

**DECRETO** :

**APRUEBESE**, pago de Bono Compensatorio por hijo menor de 2 años a **D. TANIA VIDAL GOMEZ, R.u.t.** [REDACTED] quien padece enfermedad que le impide a asistir sala cuna. El monto de dicho bono es equivalente al valor que el municipio paga por concepto de mensualidad por sala cuna en convenio, los valores son los siguientes:

Año	Mes	Periodo	Monto
2025	Enero	01 al 31	370.000
2025	Febrero	01 al 28	370.000
2025	Marzo	01 al 16	197.333

Estos serán depositados mensualmente a cuenta bancaria de las funcionarias.

El gasto debe ser imputado a la cuenta "Sala Cuenta y/o jardines, proveniente de cuenta 215.22.08.008 del Presupuesto Depto. de Salud.

ANOTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHIVESE.

  
**LEYLA GONZALEZ ESPINOZA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

  
**WALDO VALDIVIA MONTECINOS**  
**ALCALDE**

WVM/LGE/GVB/msb  
DISTRIBUCIÓN:  
Depto. de Salud (2)  
Of. De Partes.(1)  
Archivo (1)

## SOLICITUD BENEFICIO HIJO MENOR 2 AÑOS

Sr. Acaide

Municipalidad de Requena

Junto con saludar, el motivo de la presente es para solicitar pago beneficio por hijo menor de 2 años de acuerdo a dictamen de contraloría. adjunto documentación solicitada.

- Declaración jurada
- Certificado de nacimiento hijo
- Certificado enfermedad hijo menor de 2 años

Sin más que agregar y esperando una buena acogida a la solicitud

Atte.

  
Nombre: *Francis Vidal Quiroz*

R.u.t. 

Cargo *Médico General*

Fecha: 01 / ABRIL / 2024

# DECLARACION JURADA

Por el presente instrumento público.

Guia Maria Paz Didal Gomez, RUT N° [REDACTED]

Declaro como cuidadora de mi hijo (a) Amaro Daniel Salinas Didal

R.u.t. [REDACTED], a D. Johnny Aguilera Aguilera

R.u.t. [REDACTED], durante el tiempo que su estado

de salud le impida asistir a sala cuna.

[REDACTED]

Madre

[REDACTED]

Cuidadora

Reaúnoa, 01. ABRIL 2024 .-