MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

**AUTORIZA APORTE ASISTENCIAL QUE INDICA**

**Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:**

**V I S T O S :**

Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades. Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. Nº 1 del Ministerio del Interior, de 2.006.

Lo dispuesto en la ley N° 19.880, sobre procedimientos administrativos.

**CONSIDERANDO :**

El Memo conductor emanado por la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual informa situación de salud y económica que afecta a Carlos Antonio Torres Leiva, Rut [redacted] a quien se solicita aporte asistencial de $ 150.000.- para costear examen de alto costo.

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N° 438 de fecha 13.08.2026.

El Decreto Alcaldicio N° 1525 de fecha 01.07.2020 que modifica Reglamento de Procedimiento, Entrega de Ayudas y Aportes Programa Asistencialidad (Reglamento de Asistencialidad).

El Decreto Alcaldicio N° 199 de fecha 17.01.2020 que aprueba Reglamento de Procedimiento, Entrega de Ayudas y Aportes Programa Asistencialidad (Reglamento de Asistencialidad).

El Decreto Alcaldicio Nº 3337 de fecha 15.12.2025 que aprueba Presupuesto Municipal año 2026.

**D E C R E T O :**

**AUTORIZASE** aporte asistencial a nombre de Carlos Antonio Torres Leiva, Rut [redacted]

**GIRESE** un monto total de $150.000.- a nombre de Carlos Antonio Torres Leiva, Rut [redacted] y depositado en la cuenta Rut N° [redacted] Banco Estado.

**IMPUTESE** el gasto a la cuenta N° 215.24.01.007.009.000 “Asistencia Social a Personas Naturales”, del ítem “Otras Ayudas” Presupuesto Municipal Vigente.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**

**DISTRIBUCION**
Secretaría Municipal
Dirección Des. Comunitario
Dirección Adm. y Finanzas
Archivo.-

MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

Firmado electrónicamente
CARLOS EDUARDO ARRIAGADA BLANCO
ALCALDE (S)

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretaria Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/VrdaleyQwiFTxjJ
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

MUNICIPALIDAD DE
REQUÍNOA

MAT. : Solicita Aporte Asistencial

**DE : SRA. TAMARA POBLETE DINAMARCA**
**DIDECO (S)**

**A : SR. CARLOS ARRIAGADA BLANCO**
**ALCALDE (S)**

1.- Tengo a bien informar a Ud. sobre situación socioeconómica, que afecta a Carlos Antonio Torres Leiva, Rut [redacted] comuna de Requinoa.

2.- Teniendo en cuenta la situación de salud y económica de referido, se solicita respetuosamente autorizar un aporte asistencial de $150.000.-, para costear examen de [redacted]o costo. El aporte debe salir a nombre de Carlos Antonio Torres Leiva, Rut [redacted]- [redacted]y depositado en la cuenta Rut N [redacted], e imputado en la cuenta Nº 215.24.01.007.009.000 “Asistencia Social a Personas Naturales” ítem otras ayudas”

3.- Se adjunta Informe Social Nº 438, Certificado Disponibilidad N° 646, presupuesto y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,

DISTRIBUCION:
- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.

DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO

Firmado electrónicamente
TAMARA ANDREA POBLETE
DINAMARCA
DIDECO (S)

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/Da97ngD6YdHKXSv
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

# CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

**N° : 646 / 2026**
**NOMBRE DE LA ENTIDAD : I. MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA**
**IDENTIFICADOR CODIFICADOR DEL ESTADO (ID): PE-MUN-00269**
**FECHA DE EMISIÓN: 12/08/2026**

Quien suscribe certifica que se cuenta con recursos para financiar el (proyecto, iniciativa, programa, servicios o bienes) que indica, según el siguiente detalle:

| | |
|---|---|
| Imputación presupuestaria | 215-24-01-007-009-001<br>OTRAS AYUDAS – PROGRAMAS SOCIALES / ASISTENCIALIDAD |
| Año ejercicio presupuestario | 2026 |
| Monto total contemplado en el presupuesto $ | 98.400.000.- |
| Monto comprometido a la fecha $ | 32.730.553.- |
| Monto comprometido por el acto administrativo $ | 150.000.- |
| Saldo final $ | 65.519.447.- |

**Información adicional (opcional):**
Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de apoyo económico a favor de Carlos Torres Leiva para costear examen médico de alto costo.

El presente certificado tiene una validez de 2 meses desde su fecha de emisión.

***Este certificado no acredita flujo de caja.***

**DIEGO MORALES SOTO**
DIRECTOR SECPLA

Firmado electrónicamente
DIEGO JOAQUIN MORALES SOTO
DIRECTOR SECPLA

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/agvbdyxRb8hFzno
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

# Informe Social N°438

Alejandra Beltrán, Asistente Social de la I. Municipalidad de Requínoa tiene a bien informar situación socioeconómica a fin de solicitar aporte económico.

**Identificación del Solicitante**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Carlos Antonio Torres Leiva** | | |
| **Cédula de Identidad** | [redacted] | | |
| **Fecha Nacimiento** | | **Edad** | [redacted] |
| **Actividad** | | **Ingresos** | |
| **Domicilio** | | **Teléfono** | |

**Antecedentes Socioeconómicos**

| | | |
|---|---|---|
| **Otros Ingresos** | [redacted] | |
| **Total Ingresos** | | |
| **Ingreso Per cápita Familiar** | | |

**Antecedentes del grupo familiar:**

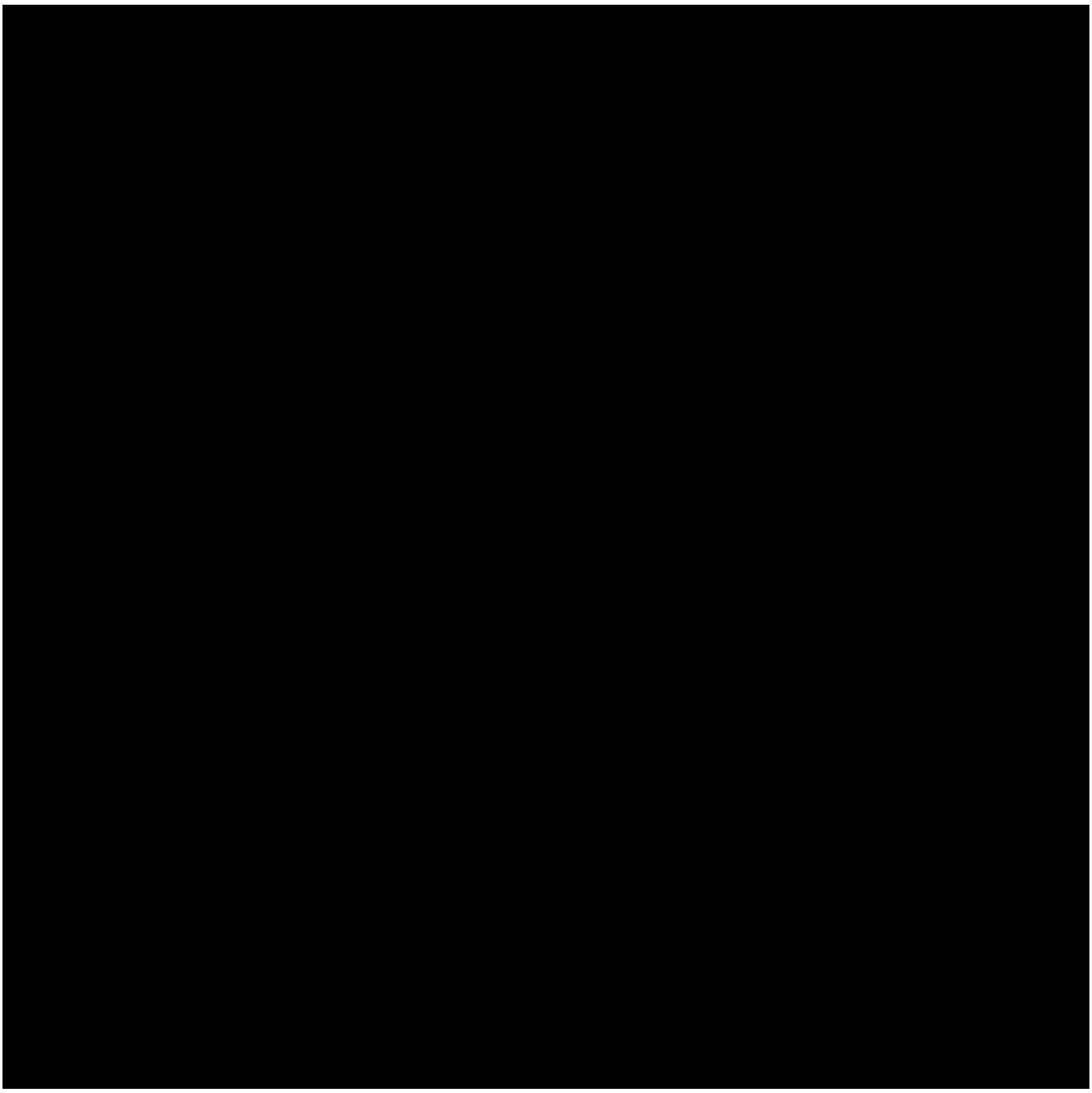
| Nombre | Apellidos | Rut | Edad | Ingresos | Crónico | Actividad |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cristina Emilia | Pulgar Jerez | [redacted] | | $ 0 | Sí | Dueña de casa |

**Antecedentes Habitacionales:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Situación Vivienda** | Propia _____ Arrendada _____<br>Cedida __X__ Otro _____<br>Sucesión _____ | | **N° de Habitaciones**<br>**N° Dormitorios** | _3__<br>_2__ |
| **Material de Construcción** | Mixto _____<br>Sólido _____<br>Ligero __X__ | | **Hacinamiento** | Sí ____<br>No __X__ |
| **Sistema de Eliminación de Excretas** | Alcantarillado ___X___<br>Pozo Negro _____<br>Fosa Séptica _____<br>Otro _____ | **Agua Potable**<br>Sí __X__<br>No ____ | **Luz Eléctrica**<br>Sí __X___<br>No _____ | **Estado de Conservación**<br>Buena __X___<br>Mala _____<br>Regular _____ |

DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE
REQUÍNOA



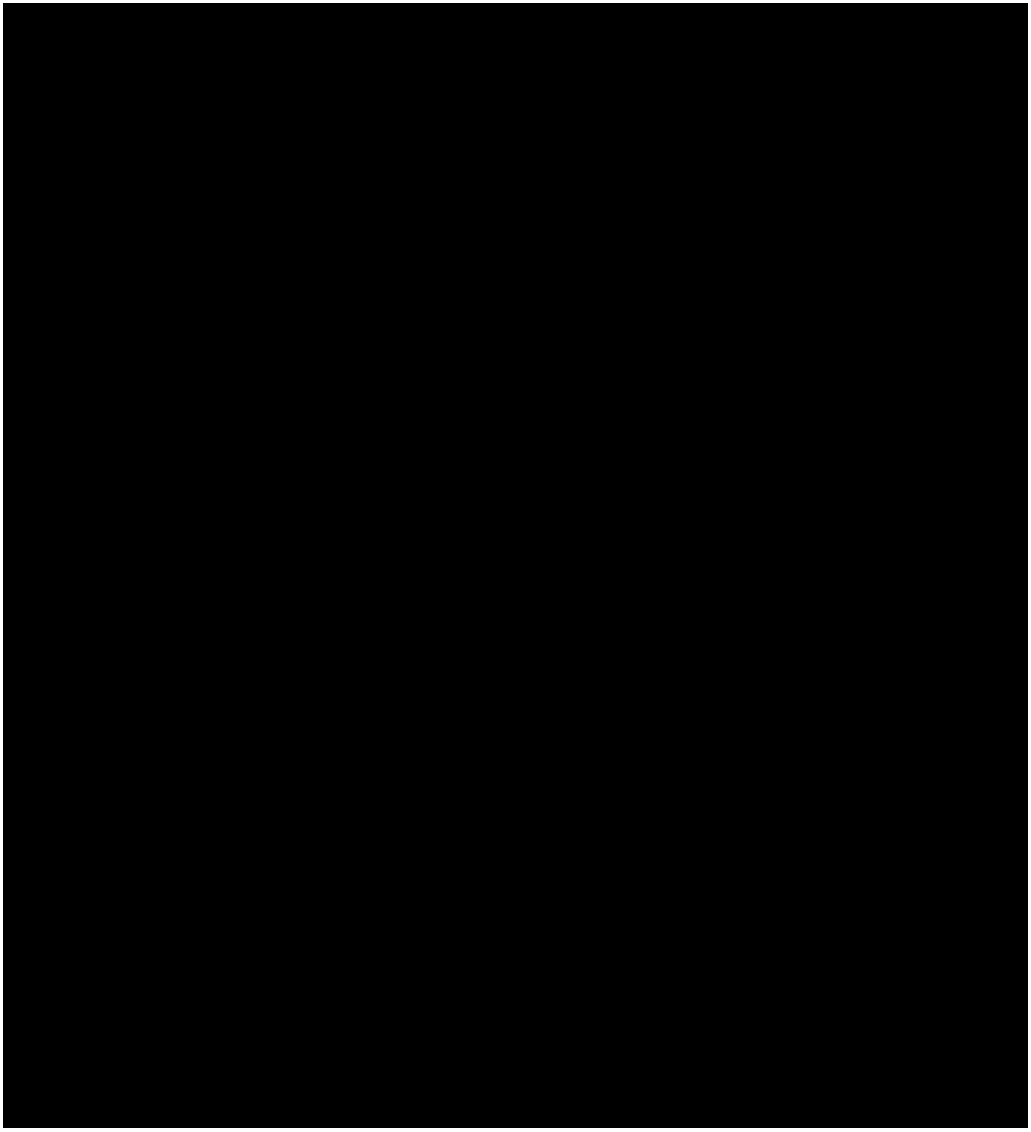
13.08.2026

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO ASISTENCIALIDAD

***Alejandra Beltrán Ríos***
***Asistente Social***
***Municipalidad de Requínoa.***

DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO





# FICHA DE PROVEEDORES

**RUT** [redacted]

**RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS** Carlos Antonio Torres Leiva

**REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDO** Carlos Antonio Torres Leiva

**NOMBRE DE FANTASIA (SOLO SI EXISTE)**

**DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

**CODIGO POSTAL**

**COMUNA**

**GIRO**

**TELEFONO FIJO**

**TELEFONO CELULAR**

**PERSONA DE CONTACTO**

**TELEFONO DE CONTACTO**

**NUMERO DE CUENTA BANCARIA**

**TIPO DE CUENTA (corriente, vista, rut, etc**

**NOMBRE DEL BANCO**

**CORREO ELECTRONICO**

**SITIO WEB**

**OTROS DATOS**

[redacted]