



**DECRETO ALCALDICIO N° 1221**  
**AUTORIZA APORTE ASISTENCIAL QUE INDICA**  
**REQUINOA,**

14 ENE 2026

**Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:**

**VISTOS :**

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades. Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior, de 2.006.

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

**CONSIDERANDO:**

El Memo N°61 de fecha 13.01.2026 emanado de la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual solicita autorizar aporte funerario de \$ 150.000.- pesos, con la finalidad de costear los servicios de sepultación a favor de doña María Cristina Conejera Pinto Q.E.P.D, Rut [REDACTED] El Porvenir.

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N° 10 de fecha 09.01.2026.

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 N° 3337 de fecha 15.12.2026 que aprueba Presupuesto municipal año 2026.

**DECRETO :**

**AUTORIZASE** aporte funerario a nombre de María Cristina Conejera Pinto Q.E.P.D, Rut [REDACTED].

**GIRESE** un monto total de \$ 150.000.- a nombre de **Parroquia San Jose, Rut 70.288.512-4 a través de transferencia electrónica a la cuenta Cte. Banco Estado N° 41700195986.**

**IMPUTESE** el gasto a la cuenta N° 215.24.01.007.006.000 Asistencia Social a Personas Naturales, Ítem "Aporte Funerario" del Presupuesto Municipal, vigente.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.**

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

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

WVM/LGE/TUS/TPD/abr

**DISTRIBUCION:**

Secretaría Municipal  
Dirección Des. Comunitario  
Dirección Adm. y Finanzas  
Archivo



FOLIO	291
FECHA	13/01/2016
HORA	15:15

	FECHA	HORA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL		
SECRETARÍA MUNICIPAL		
SECPLA		
X DIDECO		
X ADMINISTRACION Y FINANZAS		
DEPTO. PERSONAL		
DIRECCIÓN DE OBRAS		
DEPARTAMENTO DE TRÁNSITO		
RENTAS		
COMUNICACIONES		
CULTURA		
CONTROL		
JURÍDICO		
JUZGADO DE POLICIA LOCAL		
DAEM		
DEPTO. DE SALUD		
CONCEJO		
MEDIO AMBIENTE		
AUDITORIA INTERNA Y TRANSPARENCIA		
SECRETARIA ALCALDÍA		
O.I.R.S.		
SEGURIDAD PUBLICA		
JEFE DE GABINETE		

Administrador Municipal  
FECHA  
HORA

Alcalde  
FECHA  
HORA

*[Firma]*  
13-01-2016  
17:10

**MEMO: N° 61**

MAT. : Solicita Aporte Asistencial

REQUINOA, 13.01.2026

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

**A : SR. WALDO VALDIVIA MONTECINOS  
ALCALDE**

1.- Tengo a bien informar a Ud. sobre situación socioeconómica, que afecta al grupo familiar de doña María Cristina Conejera Pinto Q.E.P.D, Rut [REDACTED]

2.- Teniendo en cuenta la situación socioeconómica, se solicita respetuosamente autorizar aporte asistencial de \$150.000.- pesos, con la finalidad de costear lo adeudado por los respectivos servicios de sepultación. El aporte se debe dirigir a **Parroquia San José, Rut 70.288.512-4 a través de transferencia electrónica a la cuenta Cte. Banco Estado N° 41700195986**, imputándose a la cuenta N° 215.24.01.007.006.000 Asistencia Social a Personas Naturales, ítem "Aporte Funerario".-

3. Se adjunta Informe Social N°10, Certificado Disponibilidad N°126, copia detalle adeudado, certificado de defunción, otros.

Saluda atentamente a Ud.,



**TAMARA POBLETE DINAMARCA  
DIDECO (S)**

TPD/abr

DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.



**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA**

**N° 126 / AÑO 2026**

Requinoa, 09 de Enero 2026

Mediante el presente, certifico que la I. Municipalidad de Requinoa cuenta con el presupuesto vigente aprobado por el Concejo Municipal en sesión ordinaria N°38 de fecha 11 de Diciembre del 2025 según consta en certificado N° 208 y Decreto Alcaldicio N° 3337 del 15 de Diciembre del 2025; para el financiamiento de los bienes y/o servicios indicados en el Presupuesto Municipal año 2026.

ÁREA GESTIÓN	PROGRAMAS SOCIALES
PROGRAMA	ASISTENCIALIDAD
CÓDIGO CUENTA	215-24-01-007-006-000
DESCRIPCIÓN	APORTES FUNERARIOS
PRESUPUESTO VIGENTE 2026	\$ 2.000.000.-
OBLIGACIÓN	\$ 150.000.-
SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 1.850.000.-

MONTO SOLICITADO	\$ 150.000.-
NUEVO SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 1.700.000.-

Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de aporte funerario a favor de María Cristina Conejera Pinto.-

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

DMS/jpp

**Informe Social N10**

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

**Identificación del Solicitante**

<b>Nombre</b>	María Cristina Conejera Pinto		
<b>Cédula de Identidad</b>	[REDACTED]		
<b>Fecha Nacimiento</b>	[REDACTED]	<b>Edad</b>	[REDACTED]
<b>Actividad</b>	[REDACTED]	<b>Ingresos</b>	[REDACTED]
<b>Domicilio</b>	[REDACTED]	<b>Teléfono</b>	[REDACTED]

<b>Otros Ingresos</b>	220.000
<b>Total Ingresos</b>	440.000
<b>Ingreso Per cápita Familiar</b>	220.000

**Antecedentes Socioeconómicos**

**Antecedentes Habitacionales:**

<b>Situación Vivienda</b>	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	<b>N° de Habitaciones</b>	<input type="checkbox"/>			
	Cedida <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>			<b>N° Dormitorios</b>	<input type="checkbox"/>	
	Sucesión <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<b>Material de Construcción</b>	Mixto <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Hacinamiento</b>	Sí <input type="checkbox"/>				
	Sólido <input type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>				
	Ligero <input type="checkbox"/>						
<b>Sistema de Eliminación de Excretas</b>	Alcantarillado <input type="checkbox"/>	<b>Agua Potable</b>	<b>Luz Eléctrica</b>	<b>Estado de Conservación</b>			
	Pozo Negro <input type="checkbox"/>				Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/>
	Fosa Séptica <input checked="" type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>						Regular <input checked="" type="checkbox"/>

### Situación de salud

Tras entrevista se conoce que doña María pertenece a familia nuclear, en etapa de vejez, quien vivía sola con su esposo, ambos mantenían relación de 35 años aproximadamente, no contaban con hijos en común, sin embargo, referida mantenía una hija de su relación anterior quien era su única red de apoyo y quien se encontraba al cuidado de ella en los últimos meses doña Vanesa San Martín. En lo que refería a ingresos del grupo familiar constaban con solo ingresos por intermedio de pensión de vejez, las cuales era utilizadas para gastos básicos y médicos.

Doña María se encontraba ingresada en programa de dependencia severa hace dos años aproximadamente, esto debido a la situación de salud que presentaba, ante esto es que su hija durante los últimos meses la traslado a su domicilio, debido que pareja actual de doña María era persona mayor, y no disponía de salud para brindarle los cuidados.

Referida disponía de patologías como encefalopatía hepática, diabetes, EPO, problemas cardiacos, dificultades al riñón, cirrosis hepática, se atendía en el CESFAM de Requínoa y en Hospital Franco Rivera.

Don Emanado problemas al pulmón, se atiende en centro de salud de la comuna

Con fecha 04 de enero del año 2026, doña María Cristina Conejera Pinto, tras presentar diversas complicaciones por sus patologías, estando hospitalizada hace 16 días, por lo que fallece por neumonía Multilobar en el Hospital Franco Rivera.

Tras su fallecimiento acude su hija Vanesa San Martín Conejera para solicitar apoyo en aporte económico el cual puede cubrir saldo de monto adeudado por deuda actual del cementerio la cual corresponde a \$876.000 pesos.

### Resolución a la petición

De acuerdo con los antecedentes ya expuestos, se solicita realizar aporte económico de \$ 150.000, ello con la finalidad de cubrir parte de los servicios fúnebres correspondientes al Cementerio "Parroquia San José", de la comuna de Requínoa.

09.01.2026



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



**Cementerio Parroquial**  
**SAN JOSÉ, EL ABRA, REQUINOA**  
Cementerio s/n Fono: +72 255 1492  
WhatsApp + 569 9789 5389  
Mail: requinoacementerio@gmail.com

N° en el Libro: \_\_\_\_\_

# RECIBO

**N° 4573**

Requinoa: 07 de Enero de 2026

Nombre del Difunto /a: M<sup>ra</sup> Cristina Conejera Pinto.

Ubicación en el Cementerio: Nicho 102 3<sup>o</sup>C Norte 2<sup>o</sup>P.

Nombre del Familiar: Emardo Burgos Esparza.

NICHO: Normal (N), Párvulo (P), Reducción (R), Sobremedida (S)

Nuevo 3<sup>o</sup> Corrida 20<sup>a</sup> 2<sup>o</sup>P. \$ 976.000.-

Usado: \_\_\_\_\_ Corrida \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## SEPULTURA

Párvulo (1x1,60 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Individual ( 1x2,4 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Familiar( 2x2,4 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Bóveda Simple \$ \_\_\_\_\_

Bóveda Doble: \$ \_\_\_\_\_

Mausoleo: ( 3x3 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Capilla de \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## RESEPULTACIÓN

Nicho \$ \_\_\_\_\_

Sepultura Individual o Familiar \$ \_\_\_\_\_

Pase de Sepultación \$ \_\_\_\_\_

Reducción \$ \_\_\_\_\_

Renovación de nicho ( \_\_\_\_\_ años) \$ \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

TOTAL \$ 976.000.-

Total Cancelado \$ 100.000.-

Total Adeudado \$ 876.000.-

Forma de Pago: Pie nicho.



Copia: FAMILIA



Cemento Parroquial  
**SAN JOSÉ, EL ABRA, REGUINA**  
 Cemento sin Poro: +52 255 1492  
 WhatsApp + 689 9789 5389  
 Mail: [reguinasanjosé@gmail.com](mailto:reguinasanjosé@gmail.com)

Nº en el Libro: \_\_\_\_\_

Nº 4573

# RECIBO

Reguina de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Nombre del Distrito: \_\_\_\_\_  
 Ubicación en el Cemento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_

NICHO: Normal (N), Párvulo (P), Reducción (R), Sobremedida (S)  
 Nuevo \_\_\_\_\_ Comda \$ \_\_\_\_\_  
 Usado \_\_\_\_\_ Comda \$ \_\_\_\_\_

SEPULTURA  
 Párvulo (1x1, 80 mts) \$ \_\_\_\_\_  
 Individual (1x2,4 mts) \$ \_\_\_\_\_  
 Familiar (2x2,4 mts) \$ \_\_\_\_\_  
 Bóveda Simple \$ \_\_\_\_\_  
 Bóveda Doble \$ \_\_\_\_\_  
 Mausoleo (3x3 mts) \$ \_\_\_\_\_  
 Capilla de \$ \_\_\_\_\_

RESERVLACIÓN  
 Nicho \$ \_\_\_\_\_  
 Sepultura Individual o Familiar \$ \_\_\_\_\_  
 Pase de Sepultura \$ \_\_\_\_\_  
 Reducción \$ \_\_\_\_\_  
 Renovación de nicho (\_\_\_\_ años) \$ \_\_\_\_\_  
 Otras \$ \_\_\_\_\_

TOTAL \$ \_\_\_\_\_  
 Total Cancelado \$ \_\_\_\_\_  
 Total Aduddo \$ \_\_\_\_\_  
 Forma de Pago: \_\_\_\_\_

Copia FAMILIA







**Cementerio Parroquial**  
**SAN JOSÉ, EL ABRA, REQUÍNOA**  
 Cementerio s/n Fono: +72 255 1492  
 WhatsApp + 569 9789 5389  
 Mail: requinoacementerio@gmail.com

N° en el Libro: \_\_\_\_\_

**RECIBO N° 4573**

Requínoa: 07 de Enero de 2026

Nombre del Difunto /a: M<sup>a</sup> Cristina Conejera Pinto.

Ubicación en el Cementerio: Nicho 1102 3°C Norte 2°P.

Nombre del Familiar: Emardo Burgos Esparza.

NICHO: Normal (N), Párvulo (P), Reducción (R), Sobremedida (S)

Nuevo 3° Corrida 20a 2°P. \$ 976.000.-

Usado: \_\_\_\_\_ Corrida \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**SEPULTURA**

Párvulo (1x1,60 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Individual ( 1x2,4 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Familiar( 2x2,4 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Bóveda Simple \$ \_\_\_\_\_

Bóveda Doble: \$ \_\_\_\_\_

Mausoleo: ( 3x3 mts.) \$ \_\_\_\_\_

Capilla de \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**RESEPULTACIÓN**

Nicho \$ \_\_\_\_\_

Sepultura Individual o Familiar \$ \_\_\_\_\_

Pase de Sepultación \$ \_\_\_\_\_

Reducción \$ \_\_\_\_\_

Renovación de nicho ( \_\_\_\_\_ años) \$ \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL** \$ 976.000.-

Total Cancelado \$ 100.000.-

Total Adeudado \$ 876.000.-

Forma de Pago: Pie nicho.



Copia: FAMILIA



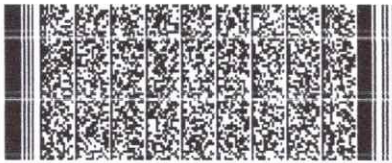
**CERTIFICADO DE DEFUNCION**

Circunscripción : RANCAGUA  
Nro. inscripción : 4 Registro : S Año : 2026  
Nombre inscrito : MARÍA CRISTINA CONEJERA PINTO  
R.U.N. : [REDACTED]  
Fecha nacimiento : [REDACTED]  
Sexo : Femenino  
Fecha defunción : 4 Enero 2026 a las 21:49 horas.  
Lugar defunción : HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA  
Causa de muerte : INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA/  
NEUMONIA MULTILobar/ DAÑO PULMONAR  
, LESION COVITODA SOBREENFECTADA/

FECHA EMISIÓN: 7 Enero 2026, 12:01.

Certificado Gratuito

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl).



Timbre electrónico SRCel



**Victor Rebolledo Salas**  
Jefe de Archivo General  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada

# CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

4578852

## A. USO EXCLUSIVO MÉDICO (O MATRÓN/A EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.-NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A <i>Narria Cristina Conzera Anto</i>						CÉDULA DE IDENTIDAD [REDACTED]							
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> F M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	Día Mes Año	EDAD Años Cumplidos	<input type="checkbox"/> 71	Sólo si es menor de un año	Meses	Días	Horas	Min.			
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO/A: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)													
1. Nombre: _____				C.I. _____				Firma: _____					
2. Nombre: _____				C.I. _____				Firma: _____					
2.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN						SOLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL							
Día		FECHA Mes Año		HORA Hora Minutos		Peso al nacer (grs)		Semanas gestación		Estado Nutritivo previo a la enfermedad			
04		01/2026		21:49						<input type="checkbox"/> 1: Eutrófico <input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I <input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II <input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III <input type="checkbox"/> 9: Ignorado			
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN						COMUNA				
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro			<i>Hospital Docto Franco Roversa Zúñigo</i>						<i>Roscapa</i>				
3.-CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.										DURACIÓN ENFERMEDAD		USO M. SALUD	
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)													
a) <i>Insuficiencia respiratoria aguda</i>													
« Debida a » o « Como consecuencia de »													
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)													
b) <i>Neumonía Multilobar</i>													
« Debida a » o « Como consecuencia de »													
c) <i>Daño pulmonar, lesión contusa sobreintoxicada</i>													
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)													
<i>Daño hepático crónico, diabetes mellitus, hipertensión</i>													
4.-FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE						EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> 5: 1: Autopsia 4: Exs. Laboratorio 2: Biopsia 5: Cuadro Clínico 3: Operación 6: Información de Testigos						LUGAR DE OCURRENCIA		CIRCUNSTANCIAS		TIPO			
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
						1: Casa 2: Vía Pública 3: Trabajo 4: Otro		1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Otra		1: Accidente 2: Suicidio 3: Homicidio 4: Otro			
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS		FECHA CERTIFICADO				HOSPITAL DR. FRANCO UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA Dr. Médico Cirujano RUT: 19.594.734-1					
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Si <input type="checkbox"/> 2: No <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 3: 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro		04/01/2026									
Nombre Médico: <i>Silvia Terada Fernández</i>		Rut: [REDACTED]		Domi: [REDACTED]				Firma Médico y Sello Establecimiento					

## B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)								USO INE			
INSTRUCCIÓN		1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 1: Patrón/a <input type="checkbox"/> 2: Empleado/a <input type="checkbox"/> 3: Obrero/a <input type="checkbox"/> 4: Trabajador/a por cuenta propia			
5.-SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.										<input type="checkbox"/> 1.- MENOR DE UN AÑO <input type="checkbox"/> 2.- DEFUNCIÓN FETAL	
Nombre de la persona gestante / madre / progenitor/a											
ESTADO CIVIL				HIJOSA/S: Incluyendo presente inscripción				FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO			
<input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada <input type="checkbox"/> V: Viuda <input type="checkbox"/> D: Divorciada <input type="checkbox"/> A: Conviviente civil <input type="checkbox"/> J: Separada judicialmente				Vivos/as Fallecidos/as Mortinatos Total				<input type="checkbox"/> 1.- Parto <input type="checkbox"/> 2.- Aborto			
								Día Mes Año			
FNAD				INSTRUCCIÓN				OCUPACIÓN			
								USO INE			
								NIVEL OCUPACIONAL			

CÉDULA DE IDENTIDAD  REPÚBLICA DE CHILE   
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

APELLIDOS  
CONEJERA  
PINTO

NOMBRES  
MARÍA CRISTINA



## FICHA DE PROVEEDORES

RUT 70.288.512-4

RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS Parroquia San José

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDOS José Guajardo Muñoz

NOMBRE DE FANTASIA (SOLO SI EXISTE) Cementerio parroquial

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA Caupolicán #109

CODIGO POSTAL 3470000.

COMUNA Requinoa

GIRO Parroquia

TELEFONO FIJO 722551492

TELEFONO CELULAR +56929691651

PERSONA DE CONTACTO Denisse Pavez Acuña

TELEFONO DE CONTACTO [REDACTED]

NUMERO DE CUENTA BANCARIA [REDACTED]

TIPO DE CUENTA (corriente, vista, rut, etc) Corriente

NOMBRE DEL BANCO Banco Estado

CORREO ELECTRONICO requinoacementerio@gmail.com

SITIO WEB \_\_\_\_\_

OTROS DATOS \_\_\_\_\_

