



**AUTORIZA APORTE ASISTENCIAL
QUE INDICA**

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° 296 de fecha 17.02.2026 emanado de la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual informa situación de salud y económica que afecta a Maximiliano del Carmen Duran Huerta, Rut [REDACTED] comuna de Requinoa.

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N° 45 de fecha 12.02.2026.

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 15.12.2025 que aprueba Presupuesto Municipal año 2026.

DECRETO :

AUTORIZASE aporte asistencial a nombre de Maximiliano del Carmen Duran Huerta, Rut [REDACTED]

GIRES [REDACTED] tal de \$200.000.- a nombre Maximiliano del Carmen Duran Huerta, 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.

WVM/MBQ/CAB/TUS/KPM/kpm

DISTRIBUCION

Secretaría Municipal (1)
Dirección Des. Comunitario (1)
Dirección Adm. y Finanzas (1)
Archivo.- (1)





MAT. : Solicita Aporte Asistencial

**DE : SRA. THANNIA ULLOA SANCHEZ
DIDECO**

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

1.- Tengo a bien informar a Ud. sobre situación socioeconómica, que afecta a Maximiliano del Carmen Duran Huerta, Rut [REDACTED], [REDACTED] comuna de Requinoa.

2.- Teniendo en cuenta la situación de salud y económica de referido, se solicita respetuosamente autorizar un aporte asistencial de \$200.000.- pesos, esto para costear examen de alto costo. El aporte debe salir a nombre de Maximiliano del Carmen Duran Huerta, Ru [REDACTED], y depositado en la cuenta Rut N° [REDACTED] Banco Estado, e imputado en la cuenta N° [REDACTED] "Asistencia Social a Personas Naturales" ítem otras ayudas"

3.- Se adjunta Informe Social N° 45, Certificado Disponibilidad N°268, presupuestos y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,

TUS/KPM/kpm
DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.





Informe Social N° 45

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

Identificación del Solicitante

Nombre	Maximiliano Del Carmen Durán Huerta		
Cédula de Identidad	[REDACTED]		
Fecha Nacimiento	[REDACTED]	Edad	71 años
Actividad	Pensionado	Ingresos	\$ 380.000
Domicilio	[REDACTED]	Teléfono	[REDACTED]

Antecedentes Socioeconómicos

Otros Ingresos	\$ 0
Total Ingresos	\$ 380.000
Ingreso Per cápita Familiar	\$ 160.000

Antecedentes del grupo familiar:

Nombre	Apellidos	Rut	Edad	Ingresos	Crónico	Actividad
Magdalena Carmen	Del Brito González	[REDACTED]	61 años	\$ 0	Sí	Dueña de casa

Antecedentes Habitacionales:

Situación Vivienda	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	N° de Habitaciones N° Dormitorios				
	Cedida <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>			_3_ _2_		
	Sucesión <input type="checkbox"/>						
Material de Construcción	Mixto <input type="checkbox"/>	Hacinamiento		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
	Sólido <input type="checkbox"/>						
	Ligero <input checked="" type="checkbox"/>						
Sistema de Eliminación de Excretas	Alcantarillado <input type="checkbox"/>	Agua Potable	Luz Eléctrica	Estado de Conservación			
	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

Referido pertenece a familia nuclear, en etapa de ciclo vital de vejez, ambos casados hace casi 40 años, de los cuales nacen dos hijos, donde refieren que su hija Magdalena Durán, vive en la comuna en el mismo sitio, por lo que se vuelve su principal red de apoyo, y su hijo mayor estaría en la comuna de Linares, sin embargo, visitaría en algunas ocasiones. Al consultar por los ingresos del grupo familiar, refieren que los únicos ingresos recibidos corresponden a la pensión recibida por don Maximiliano los cuales mantienen monto de \$ 380.000 pesos, esto debido a que doña Magdalena indica que al cumplir sus 60 años, realizo el cobro de pensión de vejez a través de su AFP, pero el monto era muy bajo, por lo que solo recibió tres pagos, y en la actualidad debe esperar cumplir con la edad de 65 años para poder optar a la PGU.

Familia indica vivir en el sector de Chumaco, esto hace ya cuatro años, debido a que antes residían en Villa San José, sin embargo, don Maximiliano recibe una herencia familia, y por temas de espacio, deciden cambiarse de casa. Vivienda de un solo nivel, construcción de material sólido, la cual cuenta con espacios de living comedor, cocina, baño, y dos dormitorios. En lo que refiere a servicios básicos la vivienda cuenta con luz, agua potable, pozo séptico, ubicada en sector rural con difícil acceso, por lo que se movilizan la mayor parte con vehículo particular.

En lo que refiere a situación médica don Maximiliano mantuvo diagnóstico de cáncer a la próstata, por el cual estuvo en tratamiento, sin embargo, con el paso del tiempo, este se ramifico y se fue a sus huesos, por lo que a la fecha cuenta con cáncer de huesos, refiere no contar con antecedentes crónicos, por estos diagnósticos, se atiende en CECOSF del sector de CHUMACO, además de contar con atenciones con en Oncología en el Hospital Franco Ravera.

Doña Magdalena dispone diagnóstico de hipertensión, diabetes, gastritis, además de contar con cáncer de mama, por lo que también se encuentra en proceso de quimioterapia y atenciones de Hospital Franco Rivera y CECOSF de la comuna.

Ante esto y considerando gastos importantes que ha presentado la familia, esto debido a que ambos integrantes se encuentran atravesando una situación importante de cáncer, es que don Maximiliano comenzará con nuevo proceso de radioterapia, por lo que oncóloga que dispone de su caso, le solicita examen de PET PSMA (por lo que realizaran un PET/CT con antígeno Prostático Específico de Membrana) el cual mantiene un valor de \$ 395.520 pesos, y por lo que requiere de este examen para poder continuar con su tratamiento.

Resolución a la petición

De acuerdo con los antecedentes ya expuestos, se solicita realizar aporte económico de \$ 200.000, ello con la finalidad de cubrir parte del examen médico que permitirá poder realizar tratamiento para su cáncer.

12.02.2026



Alejandra Beltrán Ríos
Asistente Social
Municipalidad de Requinoa.

Rancagua 12 de febrero del 2026

SEÑORES:
PRESENTE

COTIZACIÓN

Junto con saludarle informo que el paciente **MAXIMILIANO DEL CARMEN DURAN HUERTA**, RUT:
[REDACTED] necesita realizar examen **PET-CT PSMA** en nuestras dependencias.

EXAMEN	PARTICULAR	VALOR FONASA (*)
PET-CT PSMA	\$1.306.250.-	\$395.520.-

(*) FONASA NIVEL B, C Y D
FONASA "A" ES VALOR PARTICULAR

SOC. IMAGENOLÓGIA
NUEVA SAN LORENZO S.A.
76.281.463-3



Atentamente
Centro Imagenología Nueva San Lorenzo S.A.
76.281.463-3
Astorga N° 58, Rancagua
www.imagenologiasanlorenzo.cl



FECHA RECEPCIÓN	D	E	M	M	A	A
HORA RECEPCIÓN	: : Hrs.					
FECHA ATENCIÓN	D	E	M	M	A	A
FOLIO Nº						

SOLICITUD DE EXAMEN LABORATORIO CLÍNICO

RUTINA	<input checked="" type="checkbox"/>
URGENCIA	<input type="checkbox"/>

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

RUT: XXXXXXXXXX FICHA CLÍNICA:

--	--	--	--	--	--

 CUENTA CORRIENTE:

--	--	--	--	--	--

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Durán	Auerita	Maximiliano

EDAD 71a GÉNERO F M FECHA DE NACIMIENTO

D	D	M	M	A	A
1	9	1	1	5	4

 FONDO:

--	--	--	--	--	--

2) PROCEDENCIA *

SERVICIO: Oncología SALA: _____ PREVISIÓN: FONASA ISAPRE OTRO

3) DIAGNÓSTICO

Ca prostata

TRATAMIENTO:

TIPO DE MUESTRA *

<p>BIOQUÍMICA</p> <p>1200 <input type="checkbox"/> Acido Úrico</p> <p>7450 <input type="checkbox"/> Adenosindeaminasa</p> <p>1370 <input type="checkbox"/> Albumina</p> <p>1470 <input type="checkbox"/> Acido Láctico</p> <p>1460 <input type="checkbox"/> Amilasa</p> <p>2040 <input type="checkbox"/> Amonio</p> <p>1260 <input type="checkbox"/> Bilirrubin total</p> <p>17 <input type="checkbox"/> Bilirrubina total y conj.</p> <p>1400 <input type="checkbox"/> Calcio</p> <p>1210 <input type="checkbox"/> Colesterol</p> <p>1190 <input checked="" type="checkbox"/> Creatinina</p> <p>1340 <input type="checkbox"/> Creatinquinasa CK-MB</p> <p>1330 <input type="checkbox"/> Creatinquinasa CK-total</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Electrolitos plasmáticos</p> <p>1290 <input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalinas totales</p> <p>1410 <input type="checkbox"/> Fósforo (fosfatos)</p> <p>1320 <input type="checkbox"/> Gamma glutamiltranspeptidasa</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Gases Arteriales FIO2</p> <p>43 <input type="checkbox"/> Gases Venosos FIO2</p> <p>1010 <input type="checkbox"/> Glicemia Basal</p> <p>1050 <input type="checkbox"/> Glucosa Post Carga</p> <p>1150 <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada</p> <p>1420 <input type="checkbox"/> Magnesio</p> <p>1170 <input type="checkbox"/> Nitrógeno Ureico</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Perfil Bioquímico</p> <p>3 <input checked="" type="checkbox"/> Perfil Hepático</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Perfil Lipido</p> <p>1360 <input type="checkbox"/> Proteinas totales o albúminas</p> <p>1300 <input type="checkbox"/> Transaminasa Oxalacetica (GOT)</p> <p>1310 <input type="checkbox"/> Transaminasa Piruvica (GPT)</p> <p>1240 <input type="checkbox"/> Triglicéridos</p> <p>MICROBIOLOGÍA</p> <p>Tipo de Muestra *</p> <p>Tratamiento Antibiótico *</p> <p>9995 <input type="checkbox"/> Bordetella Pertussis</p> <p><input type="checkbox"/> Coprocultivo</p> <p><input type="checkbox"/> Cultivo Corriente</p> <p><input type="checkbox"/> Cultivo Levaduras</p>	<p>HEMATOLOGÍA</p> <p>3115 <input type="checkbox"/> Hematocrito</p> <p>21 <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma</p> <p>20 <input type="checkbox"/> Perfil Hematológico</p> <p>6010 <input type="checkbox"/> Protrombina</p> <p>6040 <input type="checkbox"/> Tromboplastina Parcial</p> <p>HORMONAS</p> <p>5001 <input type="checkbox"/> Cortisol AM</p> <p>5002 <input type="checkbox"/> Cortisol PM</p> <p>5080 <input type="checkbox"/> Estradiol</p> <p>5090 <input type="checkbox"/> Gonadotropina corionica, sub-unidad beta</p> <p>5040 <input type="checkbox"/> Hormona folículo estimulante (FSH)</p> <p>5050 <input type="checkbox"/> Hormona luteinizante (LH)</p> <p>1060 <input type="checkbox"/> Insulina</p> <p>1090 <input type="checkbox"/> Insulina Post Carga</p> <p>5080 <input type="checkbox"/> Prolactina (PRL)</p> <p>5010 <input type="checkbox"/> Tiroestimulante (TSH)</p> <p>5030 <input type="checkbox"/> Tiroxina libre (T4L)</p> <p>5025 <input type="checkbox"/> Tiroxina (T4)</p> <p>5020 <input type="checkbox"/> Triyodotironina (T3)</p> <p>INMUNOLOGÍA</p> <p>9070 <input type="checkbox"/> Alfa fetoproteinas</p> <p>5170 <input checked="" type="checkbox"/> Antígeno próstático específico</p> <p>1490 <input type="checkbox"/> Factor reumatoideo</p> <p>9450 <input type="checkbox"/> IGE Total</p> <p>9030 <input type="checkbox"/> PSA Libre</p> <p>1480 <input type="checkbox"/> Proteína C reactiva</p>	<p>ORINA</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Electrolitos</p> <p>4220 <input type="checkbox"/> Glucosa Aislada</p> <p>1710 <input type="checkbox"/> Microalbuminuria cuantitativa</p> <p>30 <input type="checkbox"/> Orina completa</p> <p>31 <input type="checkbox"/> Orina sedimento</p> <p>4260 <input type="checkbox"/> Proteinuria 24 Hrs.</p> <p>LÍQUIDOS BIOLÓGICOS</p> <p>Tipo:</p> <p><input type="checkbox"/> Citológico/c/s: tinción</p> <p><input type="checkbox"/> Físico Químico</p> <p>8610 <input type="checkbox"/> Test del Sudor</p> <p>SEROLOGÍA</p> <p>5510 <input type="checkbox"/> VDRL</p> <p>9290 <input type="checkbox"/> Virus Hepatitis B</p> <p>9291 <input type="checkbox"/> Virus Hepatitis C</p> <p>5660 <input type="checkbox"/> Virus VIH</p> <p>Otros: (cualquier área, excepto TBC)</p> <p><u>PSA T</u></p>
---	--	--

Medico:

Rut:

Firma y Timbre:

(*) Campo obligatorio

Emplee solo una solicitud por PACIENTE, independiente del tipo/número de muestras o analitos. Use esta solicitud solamente

FECHA DE SOLICITUD

D	D	M	M	A	A
2	8	0	1	2	4

Impreoscahillera2003@yahoo.es



Nro Receta: 3767588-()

Fecha Emisión: 2025-12-22

Nro. Atención: 1

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA AMBULATORIA (EXTERNA)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE		DATOS MÉDICO TRATANTE	
Nombre:	MAXIMILIANO DEL CARM DURÁN HUERTA	Prescrita por:	IRENE MENESES HIDALGO
RUN:	[REDACTED]	RUN:	[REDACTED]
Ficha:	44876	Estamento:	MEDICO_CIRUJANO
Edad:	71 años 1 mes 3 días	Especialidad:	
Previsión:	FONASA B (Adulto Mayor)	Policlínico:	CAE ADULTO / (n/a)

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN CAE (CAE ADULTO)			
Tipo Receta:	Morbilidad	Despacho:	1 de 1
GES:	Si		

DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS				
Medicamento	Desp.	Forma	Vía	Horario
213-0088 - PREDNISONA 5 MG	0	CM		
Dosis:	1 CM cada 12 horas por 21 días		Fecha Ultimo Despacho: 2025-12-22	
Indicación:				
213-0019 - PREDNISONA 20 MG	0	CP		
Dosis:	1 CP cada 1 día por 3 días		Fecha Ultimo Despacho: 2025-12-22	
Indicación:				

Dra. Irene Meneses Hidalgo
Médico Cirujano
Rut: 26.922.661-6
PCAL: 55808-7

IRENE MENESES HIDALGO

Nro Receta: 3714829-()

Fecha Emisión: 2025-11-12

Nro. Atención: 1

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA AMBULATORIA (EXTERNA)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE		DATOS MÉDICO TRATANTE	
Nombre:	MAXIMILIANO DEL CARM DURÁN HUERTA	Prescrita por:	CFI ESTE CERVELLI ALVAREZ
RUN:	[REDACTED]	RUN:	[REDACTED]
Ficha:	44876	Estamento:	MEDICO_CIRUJANO
Edad:	70 años 11 meses 23 días	Especialidad:	
Previsión:	FONASA B (Adulto Mayor)	Policlínico:	CAE ADULTO / (n/a)

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN CAE (CAE ADULTO)			
Tipo Receta:	Morbilidad	Despacho:	1 de 1
GES:	Si		

DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS				
Medicamento	Desp.	Forma	Vía	Horario
214-1118 - MELATONINA 3 MG	0	CAPS		
Dosis:	1 CAPSULA cada 1 dia por 1 mes		Fecha Ultimo Despacho: 2025-11-12	
Indicación:				
213-0088 - PREDNISONA 5 MG	0	CM		
Dosis:	1 CM cada 12 horas por 21 días		Fecha Ultimo Despacho: 2025-11-12	
Indicación:				
213-0019 - PREDNISONA 20 MG	0	CP		
Dosis:	1 CP cada 1 dia por 3 dias		Fecha Ultimo Despacho: 2025-11-12	
Indicación:				

CELESTE CERVELLI ALVAREZ
[REDACTED]

DOG 010

https://nuevo.fonendo.gob.cl/SALUD/dacion/imp_dacion.php?fc

ADMISION SOME

MAXIMILIANO DEL CARMEN DURÁN HUERTA 44876
RANCAGUA, HOSPITAL
7531771-9 19/11/1954 071A 01m 11d Masculino F:96936328 930177473

30/12/2025

Folio: 46633990

P. Olate
FONASA TIPO B
CONTROL

Observación:
Diagnóstico:

Procedencia Interconsulta				Pertinencia		Consulta		Alta Médica		AUGE	
APS	Urgencia	Otro	Sin I.C.	SI	No	Nueva	Repetida	SI	No	SI	No

Debe presentarse 20 minutos antes

ONCOLOGIA ADULTOS	CELESTE CERVELLI
MIÉRCOLES 21 de ENERO	de 2026 a las 10:30 hrs.

Nro Receta: 3805188-()
Fecha Emisión: 2026-01-21

Nro. Atención: 1

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA AMBULATORIA (EXTERNA)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE		DATOS MÉDICO TRATANTE	
Nombre:	DURÁN HUERTA MAXIMILIANO DEL CARM	Prescrita por:	CELESTE CERVELLI ALVAREZ
RUN:	[REDACTED]	RUN:	[REDACTED]
Ficha:	44876	Estamento:	MEDICO_CIRUJANO
Edad:	71 años 2 meses 2 días	Especialidad:	
Previsión:	FONASA B (Adulto Mayor)	Policlínico:	CAE ADULTO / (n/a)
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN CAE (CAE ADULTO)			
Tipo Receta:	Morbilidad	Despacho:	1 de 1
GES:	Si		

DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS				
Medicamento	Desp.	Forma	Vía	Horario
213-0088 - PREDNISONA 5 MG	0	CM		
Dosis:	1 CM cada 12 horas por 21 días			
Indicación:	Fecha Ultimo Despacho: 2026-01-21			
213-0019 - PREDNISONA 20 MG	0	CP		
Dosis:	1 CP cada 1 día por 3 días			
Indicación:	Fecha Ultimo Despacho: 2026-01-21			

CELESTE CERVELLI ALVAREZ
25382598-7

SOLICITUD CONSULTA REPETIDA O CONTROL

Folio N° 13814588

PRIORIDAD

2

FECHA SOLICITUD

16/05/2025

HORA SOLICITUD

10:31

Folio SIGGES : 0

Folio Cita :

DATOS DEL PACIENTE

Paciente : **Maximiliano Durán Huerta**

RUT : [REDACTED]

N° Ficha : 44876

Sexo : Masculino

Fec. Nacimiento : 19/11/1954

Edad : 070A 05m 27d

Dirección : [REDACTED]

Fono : [REDACTED]

DATOS CLINICOS

ORIGEN :

Servicio de Salud : Servicio De Salud Ohiggins
Unidad : Consulta Nueva

Establecimiento : Rancagua, Hospital
Especialidad : Urología Adultos

SE DERIVA PARA ATENCION EN :

Servicio de Salud : Servicio De Salud Ohiggins
Unidad : Consulta Repetida/Control

Establecimiento : Rancagua, Hospital
Especialidad : Urología Adultos

SE ENVIA PARA :

Control de Especialidad =>

Consulta Repetida O Control => Urologia

HIPOTESIS DIAGNOSTICA O DIAGNOSTICO : control de especialidad. c61x - ca de próstata - tumor maligno de la prostata

CIE10 -

¿SOSPECHA PROBLEMA DE SALUD AUGE? : Sí

PROBLEMA : cancer de prostata en personas de 15 años y mas

SUBPROBLEMA :

FUNDAMENTOS DEL DIAGNOSTICO :

control de especialidad. c61x - ca de próstata - tumor maligno de la prostata

EXAMENES REALIZADOS :

Control 3 meses

DATOS DEL PROFESIONAL

Bravo Izurieta Juan

Firma

Considerar que ante eventuales inasistencias a su cita, su caso será egresado, debiendo retomar atenciones en su GESFAM.
(2 Inasistencias en Lista de Espera NO GES, 3 Inasistencias en Lista de Espera GES)

3
39181-98

Nació en: **REQUÍNOA**
Profesión: **No informada**

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO, CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS
DURÁN HUERTA

NOMBRES
MAXIMILIANO DEL CARMEN

NACIONALIDAD
CHILENA

SEXO
M

FECHA DE EMISIÓN
FECHA DE VENCIMIENTO

FIRMA DEL TITULAR

RUN

FICHA DE PROVEEDORES

RUT

[REDACTED]

RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS

Maximiliano Del Carmen Durán Huerta

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDO: Maximiliano Del Carmen Durán Huerta

NOMBRE DE FANTASIA (SOLO SI EXISTE)

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

CODIGO POSTAL

COMUNA

Requinoa

GIRO

TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR

[REDACTED]

PERSONA DE CONTACTO

[REDACTED]

TELEFONO DE CONTACTO

NUMERO DE CUENTA BANCARIA

[REDACTED]

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

[REDACTED]

NOMBRE DEL BANCO

CORREO ELECTRONICO

SITIO WEB

OTROS DATOS



CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° 268 / AÑO 2026

Requinoa, 12 de Febrero 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	215-24-01-007-009-001
DESCRIPCIÓN	OTRAS AYUDAS
PRESUPUESTO VIGENTE 2026	\$ 98.400.000.-
OBLIGACIÓN	\$ 3.516.104.-
SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 94.883.896.-

MONTO SOLICITADO	\$ 200.000.-
NUEVO SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 94.683.896.-

Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de apoyo económico a favor Maximiliano Duran Huerta para costear exámenes médicos.-

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