



**DECRETO ALCALDICIO
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° 282 de fecha 16.02.2026 emanado de la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual solicita autorizar aporte funerario de \$ 230.000.- pesos, con la finalidad de costear los servicios funerarios a favor de doña Marie Mirlande Desir Q.E.P.D, Rut [REDACTED] con domicilio en [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° 46 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 funerario a nombre de doña Marie Mirlande Desir Q.E.P.D, Rut [REDACTED]

GIRESE un monto total de \$ 230.000.- a **Funeraria Andrade “Eduardo Cáceres González”, Rut [REDACTED] a través de transferencia electrónica a la Cuenta Rut Banco Estado N° [REDACTED]**

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 ARCHIVESE.

WVM/MBQ/CAB/TUS/KPM/kpm

DISTRIBUCION:

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





MAT. : Solicita Aporte Funerario

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

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

1.- Tengo a bien informar a Ud. sobre situación socioeconómica, que afectó a doña Marie Mirlande Desir Q.E.P.D, Rut [REDACTED] con domicilio en [REDACTED] comuna de Requinoa.

2.- Teniendo en cuenta la situación socioeconómica y la falta de red de apoyo familiar, se solicita respetuosamente autorizar aporte funerario de \$230.000.- pesos, con la finalidad de costear lo adeudado por los respectivos servicios funerarios. El aporte se debe dirigir a **Funeraria Andrade "Eduardo Cáceres González."**, Rut [REDACTED] **través de transferencia electrónica a la Cuenta Rut Banco Estado N° [REDACTED]** imputándose a la cuenta N° 215.24.01.007.006.000 Asistencia Social a Personas Naturales, ítem "Aporte Funerarios".-

3. Se adjunta Informe Social N°46, Certificado Disponibilidad N°267, copia detalle adeudado, certificado de defunción, otros.

Saluda atentamente a Ud.,

TUS/KPM/kpm
DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.



Firmado electrónicamente
THANNIA VALENTINA ULLOA
SANCHEZ
DIRECTORA DE DESARROLLO
COMUNITARIO

URL Verificación: <https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/FUQDj2kvevdONRd>
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.





Informe Social N46

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	Marie Mirlande Desir		
Cédula de Identidad	[REDACTED]		
Fecha Nacimiento	[REDACTED]	Edad	66 años
Actividad	Sin ingresos	Ingresos	\$ 0
Domicilio	[REDACTED]	Teléfono	[REDACTED]

Antecedentes Socioeconómicos

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

Antecedentes del grupo familiar:

Nombre	Apellidos	Rut	Edad	Ingresos	Crónico	Actividad
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Antecedentes Habitacionales:

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

Situación de salud

Referida menciona llegar a Chile el año 2017, ingresando sola al país, refiere conocer un amigo él cual estaba ya establecido en Chile, y le orienta ingresar en búsqueda de trabajo en el área agrícola, por lo que se traslada a Requínoa, donde se encontraba establecida, cuando comenzó a trabajar contratista apoyo gestión de su primera visa, lo cual le permitió realizar sus documentos y con el tiempo obtener su visa definitiva. Cabe indicar que referida dispone de vulnerabilidad y barreras en relación con el idioma, lo cual afecta su calidad de vida, debido a no poder entender bien el idioma.

A la fecha referida no contaba cuenta con ingresos de trabajo, esto debido a que, por situación de salud, persona mayor no podía trabajar en el área agrícola, ante esto ella realiza tramites de pensión en su AFP, por bajos montos solo le duraron unos meses, además acude a realizar pensión básica solidaria, sin embargo, no cuenta con requisito de estadía en el país. Ante esto solo realiza algunos trabajos esporádicos, y principalmente recibe apoyo de la comunidad haitiana la cual vive en su sector, es a través de ellos quienes cancelar pago de una habitación de material ligero y apoyo se servicios de básicos.

Persona mayor, con condiciones de vulnerabilidad, debido a la falta de cuidados y red de apoyo familiar, quien no dispone de acceso a educación en Chile y se observan barreras importantes en la comunicación. Doña Marie dispone de hijos, sin embargo, ellos se encuentran en su país. Según lo expuesto, mientras ella disponía de trabajo, podía solventar bien, pero debido a su edad, esto dificulto su calidad de vida en el país.

Doña Marie, disponía de hipertensión, además de encontrarse con problemas para caminar, indica que se encuentra asistiendo al CESFAM de la comuna, donde recibe sus controles, además de consultas espontaneas cuando se enferma. Además, según lo reportado mantendría enfermedad inmune, por lo que esto estaría deteriorando su estado de salud.

En lo que refiere a situación habitacional doña Marie vive en vivienda cedida por la comunidad haitiana, quienes le cancelan el arriendo, el cual es un tipo cite, donde se encuentras varias viviendas juntas y apegadas, pero con ingresos de acceso diferentes. Vivienda de material ligero, cuenta con pisos de cemento, un dormitorio, baño y un pequeño espacio de cocina, comedor. La vivienda dispone de acceso a servicios básicos de luz, agua potable y baño de pozo.

Con fecha 09 de enero del año 2026, doña Marie fallece debido a diversas complicaciones médicas, debido a su situación de salud, quien fallece en su domicilio, por lo que tras entrega de información de personal de CESFAM es que se conoce de su fallecimiento. Ante esto es que se realizan gestiones para poder realizar retiro del cuerpo en Servicio Médico Legal, sin embargo, no se puede realizar, esto debido a que solicitar una autorización de un familiar directo, quien pueda entregar los permisos para poder realizar retiro del cuerpo. Tras varias gestiones realizadas con un hermano desde Estado Unidos, es que se logra coordinar con el, y es a través de la comunidad de Haití que acude un representante de la comunidad religiosa que reside en la comuna de Requínoa, quien era amigo de la referida.

Tras su fallecimiento acude referida, es a través del programa Migración, es que se realizan diversas gestiones, para poder realizar sepultación a la referida, y considerando los bajos ingresos que mantiene la persona, es que se realiza gestión para solicitar aporte económico debido a que el gasto total de servicios funerarios y cementerios corresponde a \$680.000 pesos.

Resolución a la petición

De acuerdo con los antecedentes ya expuestos, se solicita realizar aporte económico de \$ 230.000, ello con la finalidad de cubrir parte de los servicios funerarios correspondientes al Funeraria Andrade "Eduardo Gonzalez", de la comuna de Requínoa.

12.02.2026



Alejandra Beltrán Ríos
Asistente Social
Municipalidad de Requínoa.

FUNERARIA "ANDRADE"

EDUARDO CÁCERES GONZÁLEZ

R.U.T.: 10.478.156-K

Giro: Servicios Funerarios

Emilio Valdés # 60 Interior - Requínoa

Fono/Fax: 72 2551789 - 991 654 359

N° 001057



CONTRATO DE SERVICIO FUNERARIO

Requínoa, 13 de Febrero de 2026

Contratante: Henry Monz

Rut. [Redacted] Domicilio [Redacted]

Fono: [Redacted] ha contratado el siguiente servicio para

Don(ña): Marie Mielonde Desir Rut. [Redacted]

Fallecido en Domicilio Hospital S.M.L. Otro Ums Plaza

Tipo de Servicio I.P.S. A.F.P. Part. Diferencia

Sala Velatoria Auto Bus Carroza Básica Carroza Panorámica

Cementerio N° 2 Parque _____ Traslado Lugar Roncoagua

Abono \$ _____ Diferencia \$ _____ Total \$ 350.000

Condiciones de Pago Contado Cuota(s) N° _____ Valor c/u \$ _____ Cheque

Observación: Retiro del SML Roncoagua a la Capilla
In todo Requirido

El Contratante firma, constituye domicilio para todos los efectos legales y se somete a la jurisdicción de los tribunales en la ciudad de _____ Toda anulación de este Contrato significa el 20% de cobro sobre el monto de los servicios contratados por daño y perjuicios contractuales, por no cumplimiento del presente contrato.

Conforme la persona ya mencionada, que contrata el presente Servicio Funerario, firma y ratifica sin reclamos posteriores en cuanto a precio y calidad del servicio por cuanto ya ha sido visto, revisado y aceptado.

[Signature]
Eduardo Cáceres González
R.U.T.: [Redacted]

[Signature]
Firma Contratante
R.U.T.: [Redacted]

Ejecutivo de Ventas

11-26

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)

4405292

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

1.-NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A MARIE MIRLANDE DESIR					CÉDULA DE IDENTIDAD [REDACTED]							
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> F M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	Día 28	Mes 01	Año 1959	EDAD Años Cumplidos	66	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					
09	01	2026	23	00			<input type="checkbox"/>	1: Eutrófico	2: Desnutrición grado I		4: Desnutrición grado III	
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN				COMUNA					
3 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro			SERVICIO MÉDICO LEGAL				RANCAGUA					

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) NEUMONÍA MULTILÓBULAR BILATERAL "Debida a" o "Como consecuencia de"														
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)														
b) "Debida a" o "Como consecuencia de"														
c)														
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)														

4.-FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE				EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE								
<input checked="" type="checkbox"/> 1	1: Autopsia	4: Exs. Laboratorio	LUGAR DE OCURRENCIA				CIRCUNSTANCIAS		TIPO			
	2: Biopsia	5: Cuadro Clínico	<input type="checkbox"/>	1: Casa	<input type="checkbox"/>	1: Peatón	<input type="checkbox"/>	1: Accidente				
	3: Operación	6: Información de Testigos	<input type="checkbox"/>	2: Vía Pública	<input type="checkbox"/>	2: Conductor	<input type="checkbox"/>	2: Suicidio				
			<input type="checkbox"/>	3: Trabajo	<input type="checkbox"/>	3: Pasajero	<input type="checkbox"/>	3: Homicidio				
			<input type="checkbox"/>	4: Otro	<input type="checkbox"/>	4: Otra	<input type="checkbox"/>	4: Otro				

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO								
<input checked="" type="checkbox"/> 9	1: Sí 2: No 9: Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 2A	1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro	4: Información de Matrón/a 5: Testigos 9: Ignorado	Día	Mes						
				13022026			Nombre Médico: JUAN LASTRA LOPEZ R: [REDACTED] Teléfono: 722 22 70 78 Domicilio: AV. RIO LOCO N° 37, RANCAGUA					

B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)							USO INE				
RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)											
INSTRUCCIÓN Último Curso		Nivel		OCUPACIÓN			USO INE		NIVEL OCUPACIONAL		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia			

5.-SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.										1.- MENOR DE UN AÑO		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 C: Casada V: Viuda	D: Divorciada A: Conviviente civil J: Separada judicialmente		Vivos/as	Fallecidos/as	Mortinatos	Total	<input type="checkbox"/>	1.- Parto 2.- Aborto	Día	Mes	Año		
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN Último Curso		Nivel		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia					
Nombre del Padre / Progenitor (a)														
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN Último Curso		Nivel		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia					

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

CODIGO

Gráfica Millamú Ltda. / Junio 2023

COMPROBANTE DE RECAUDACION

Cementerio : 2

Fecha : - Rancagua ,13/02/2026

Recibi de Don(ña) : **MONY HENRY**

Rut [REDACTED]

Dirección : **Nro.Block 0 Depto. 0 Calle AVDA EL ABRA - SIN NUMERO Pobl.**

Fono :

Celular [REDACTED]

Correo / Email :

La cantidad de : **TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CINCUENTA**

Glosa : **CANCELA ARRIENDO DE SEPULTURA TEMPORAL TIERRA ADULTO, POR 5 AÑOS, PARA MARIE MIRLANDE DESIR +09.01.2026. SE CANCELA AL CONTADO.**

VENCIMIENTO: 13.02.2031.

Tipo de Servicio : **23 ARRIENDO DE SEPULTURAS Temp. Tierra Adulto**

CANCELA EN EFECTIVO

CODIGO	DESCRIPCION	U.T.M.	MONTO \$
000040	TEMPORAL TIERRA ADULTO	2.670	185,860
000041	DERECHO DE SEPULTACION	1.600	111,380
000049	DERECHO APERTURA Y CIERRE SEPULTURA	0.500	34,810

- CANTIDAD DE U.T.M. A PAGAR : **4.770**

- TOTAL FINAL \$: **332,050**

- VENCE EL **31/12/9999**


RECAUDADOR

INTERESADO



SOLICITUD DE AUTOPSIA Y ENTREGA DE CADAVER

OFICIO N° 245

En Rengo, 10 de FEBRERO de 2026

**DIRECTOR
SERVICIO MEDICO LEGAL RANCAGUA**

Solicito a Ud. remitir **Solicitud de Autopsia y copia de Alchoolemia**, a la brevedad a esta FISCALIA Local, informando sobre las causas precisas y necesarias que originaron su muerte, su data, si habría podido impedirse la muerte con socorros oportunos y eficaces, indicando con precisión cuáles podrían haber sido éstos y sobre cualquier otro punto que el informante estime de interés para el esclarecimiento del hecho.

Antecedentes:

Nombre Fallecido : **MARIE MIRLANDE DESIR**
Cedula de Identidad Boliviana: [REDACTED]
RUC Caso : [REDACTED]

Solicitamos también a Ud. realizar toma de muestras para un eventual examen:

<input checked="" type="checkbox"/> X Histológico	<input checked="" type="checkbox"/> X Sangre - ADN	<input checked="" type="checkbox"/> X Toxicológico	<input checked="" type="checkbox"/> X Alchoolemia
---	--	--	---

Además, conforme lo establece el artículo 201 del código Procesal Penal, sírvase hacer entrega del cadáver a sus parientes, a quienes invocaren título o motivo suficiente.

El informe requerido deberá remitirse dentro del plazo de **25 días**, contados desde la recepción del presente oficio.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

p.o.

**OSVALDO YAÑEZ AHUMADA
FISCAL ADJUNTO
FISCALIA LOCAL RENGO**



NOMBRE: MONY HENRY
CEDULA DE IDENTIDAD [REDACTED]
DIRECCION: [REDACTED]
TELEFONO: [REDACTED]
PARENTESCO: REPRESENTANTE DE LA FAMILIA


FISCALIA
MINISTERIO PÚBLICO CHILE
RENGO
INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

OFICIO N° 246

En Rengo, 10 de FEBRERO de 2026

**JEFE REGISTRO CIVIL
PRESENTE**

En investigación Rol único de Causa RUC [REDACTED] por **HALLAZGO DE CADAVER**, solicito a Ud. inscribir, previo el informe médico correspondiente, la defunción de, **MARIE MIRLANDE DESIR** Cedula de Identidad [REDACTED], copia de la inscripción a esta FISCALIA.

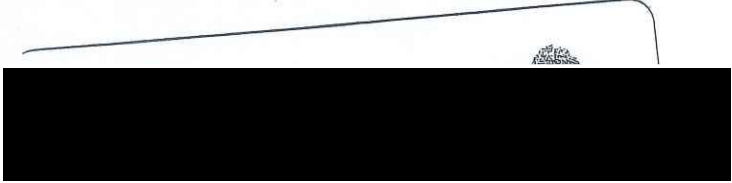
Saluda atentamente a Ud.,

p.o.

OSVALDO YAÑEZ AHUMADA
FISCAL ADJUNTO
FISCALIA LOCAL RENGÓ



Cellular



Visa: **PERMANENCIA DEFINITIVA**
Profesión: **No informada**

12X-2F



CÉDULA DE IDENTIDAD
EXTRANJERO

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APellidos: **DESIR**

Nombres: **MARIE MIRLANDE**

Nacionalidad: **HTI** Sexo: **F**

Fecha de nacimiento / Número de documento: [REDACTED]

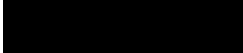
Fecha de emisión: [REDACTED] Fecha de vencimiento: [REDACTED]

Firma del titular: *Marie Mirlande Desir*

RUN: [REDACTED]



FICHA DE PROVEEDORES

RUT 

RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS Eduardo Caceres Gonzalez

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDO: Eduardo Caceres Gonzalez

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

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA _____

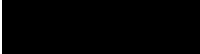
CODIGO POSTAL _____

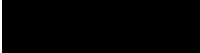
COMUNA Requínoa

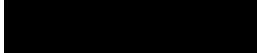
GIRO _____

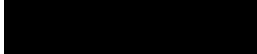
TELEFONO FIJO _____

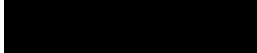
TELEFONO CELULAR _____


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 _____

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° 267 / 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	215-24-01-007-006-000
DESCRIPCIÓN	APORTES FUNERARIOS
PRESUPUESTO VIGENTE 2026	\$ 2.000.000.-
OBLIGACIÓN	\$ 600.000.-
SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 1.400.000.-

MONTO SOLICITADO	\$ 230.000.-
NUEVO SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 1.170.000.-

Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de aporte funerario a favor de Marie Mirlande Desir.-

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