MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

N°: 1845

MARTES 7 JULIO DE 2026

DEPTO. DE SALUD

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

Esta Alcaldía Decretó hoy lo siguiente:

V I S T O S :

Las facultades que me confieren la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, modificada por Ley Nº 19.130 de 1992.

Título I, artículo 13 y 14 de la Ley Nº 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. Maria Araya Moreno, 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.

D E C R E T O :

APRUEBESE, pago de Bono Compensatorio por hijo menor de 2 años a **D. ROMELY LOPEZ MORALES, 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
2026	Junio	01 al 30	385.000
2026	Julio	01 al 31	385.000
2026	Agosto	01 al 31	385.000
2026	Septiembre	01 al 30	385.000
2026	Octubre	01 al 31	385.000
2026	Noviembre	01 al 30	385.000
2026	Diciembre	01 al 31	385.000

Estos serán depositados mensualmente a cuenta bancaría 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.

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

DEPARTAMENTO DE SALUD REQUINOA

MMMN

GVB

Firmado electrónicamente
WALDO VALDIVIA MONTECINOS
Alcalde

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretaria Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/fQZkaKfsRv4vhSm
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

SERVICIO DE REGISTRO
CIVIL E IDENTIFICACIÓN

[redacted]

[redacted]

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : RANCAGUA
Nro. inscripción : [redacted] Registro : Año : 2025
Nombre inscrito : BRIANA SUSEJ MONTEJO LOPEZ

R.U.N. [redacted]
Fecha nacimiento [redacted]
Hora nacimiento : [redacted]
Sexo [redacted]
Nombre del Padre : BRIAN RAFAEL MONTEJO ANAURE

R.U.N. del Padre [redacted]
Nombre de la Madre : ROMELYS DEL CARMEN LOPEZ MORALES

R.U.N. de la Madre : [redacted]

FECHA EMISIÓN: 2 Junio 2026, 13:02.

Certificado Gratuito
OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en 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.

Timbre electrónico SRCel

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION
Oficina Internet
CHILE

Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

VANESSA MAYELA CHACIN MELENDEZ
[redacted]
PEDIATRÍA
VCHACIN@UCCHRISTUS.CL

CERTIFICADO MÉDICO

Atención:	1/6/2026		
Paciente:	BRIANA SUSEJ MONTEJO LOPEZ	Edad:	[redacted]
RUN:	[redacted]	Correo	[redacted]
Dirección:	AVENIDA MONSEÑOR ESCRIVÁ DE BALAGUER 800 MACHALI	Teléfono:	+56956193417

Yo, Dr(a). VANESSA MAYELA CHACIN MELENDEZ, RU[redacted], certifico que el paciente Briana Susej Montejo Lopez, RUN [redacted] **Paciente con diagnostico de**

LACTANTE 12 MESES EUTROFICA - NUEVA CURVA DE CRECIMIENTO
CC NORMAL
DSM NORMAL
PROCTOCOLITIS ALERGICA CON DIETA DE EXCLUSIÓN SOYA EN CONTRAPRUEBA
HEMAGIOMA PARPADO INFERIOR IZQUIERDO (YA VISTO POR OFTALMO) EN TTO
DISPLASIA DE CADERA BILATERAL RESUELTA
Obstrucción del conducto lagrimal

Dado los diagnosticos anteriores amaerita mantener cuidados diario en el hogar con cuidadora o madre. Por lo que no se autoriza por ahora el ingreso al jardín infantil.

Se emite el presente certificado a solicitud del paciente, familia y/o cuidador, para los fines que estime conveniente.

VANESSA MAYELA
CHACIN MELENDEZ
[redacted]

DECLARACION JURADA

Por el presente instrumento público, yo Ramelys del Carmen López M., ***RUT Nº*** 26616653-2,

Declaro como cuidadora de mi hijo (a) Briana S. Montejo López

R.u.t. 28874327-4, *a D.* Bada M. Viño De Guzmán

R.u.t. 29134252-3, *durante el tiempo que su estado de salud le impida asistir a sala cuna.*

.....
Madre

.....
Cuidadora

Requínoa, 03/06/26.-

SOLICITUD BENEFICIO HIJO MENOR 2 AÑOS

Sr. Alcalde

Municipalidad de Requínoa

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.

Dra. Romelys Lopez Morales
Médico cirujano
Rut: 26.616.653-2

Nombre: Romelys del C. López Morales

R.u.t. 26.616.653-2

Cargo: Médico

Fecha: 03/ 09 / 26.