MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

N°: 2005

JUEVES 30 JULIO DE 2026

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 Viviana Alejandra Valdés Macías, Rut [redacted] para quien se solicita aporte asistencial de $ 200.000.- para costear maquina AUTO CPAP.

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N° 376 de fecha 29.07.2026.

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 Viviana Alejandra Valdés Macías, Rut [redacted].

GIRESE un monto total de $200.000.- a nombre de su madre Viviana Alejandra Valdés Macías, Rut [redacted]

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
WALDO VALDIVIA MONTECINOS
Alcalde

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretaria Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/5IFhj7KwTPcVgYe
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

N°: 856

JUEVES 30 JULIO DE 2026

MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

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 Viviana aldés Macías, Rut [redacted] comuna de Requinoa.

2.- Teniendo en cuenta la situación de salud y económica de referida, se solicita respetuosamente autorizar un aporte asistencial de $ 200.000.-, para costear máquina AUTO CPAP. El aporte debe salir a nombre de Viviana Alejandra Valdés Macías, Rut [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 376, Certificado Disponibilidad N° 624, presupuesto y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,

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

DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO

Firmado electrónicamente
THANNIA VALENTINA ULLOA SANCHEZ
DIDECO

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/4vwhygL1HxXb1Qe
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° : 624 / 2026
NOMBRE DE LA ENTIDAD : I. MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA
IDENTIFICADOR CODIFICADOR DEL ESTADO (ID): PE-MUN-00269
FECHA DE EMISIÓN: 27/07/2026

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 OTRAS AYUDAS – PROGRAMAS SOCIALES / ASISTENCIALIDAD
Año ejercicio presupuestario	2026
Monto total contemplado en el presupuesto $	98.400.000.-
Monto comprometido a la fecha $	29.826.638.-
Monto comprometido por el acto administrativo $	200.000.-
Saldo final $	68.373.362.-

Información adicional (opcional):
Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de apoyo económico a favor de Viviana Valdés Macías para costear sistema Auto CPAP.

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/xvhCMZStiqDNcyv
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

29.07.2026

Informe Social N° 376

Lourdes Gana Román, Asistente Social de la I. Municipalidad de Requínoa tiene a bien informar situación socioeconómica a fin de solicitar aporte para la compra de máquina de apnea del sueño a favor de:

Identificación del referido (a)

Nombre	**Viviana Alejandra Valdés Macías**		
Cédula de Identidad	[redacted]		
Fecha Nacimiento		**Edad**	[redacted]
Actividad		**Ingresos**	
Domicilio		**Teléfono**	

Integrantes

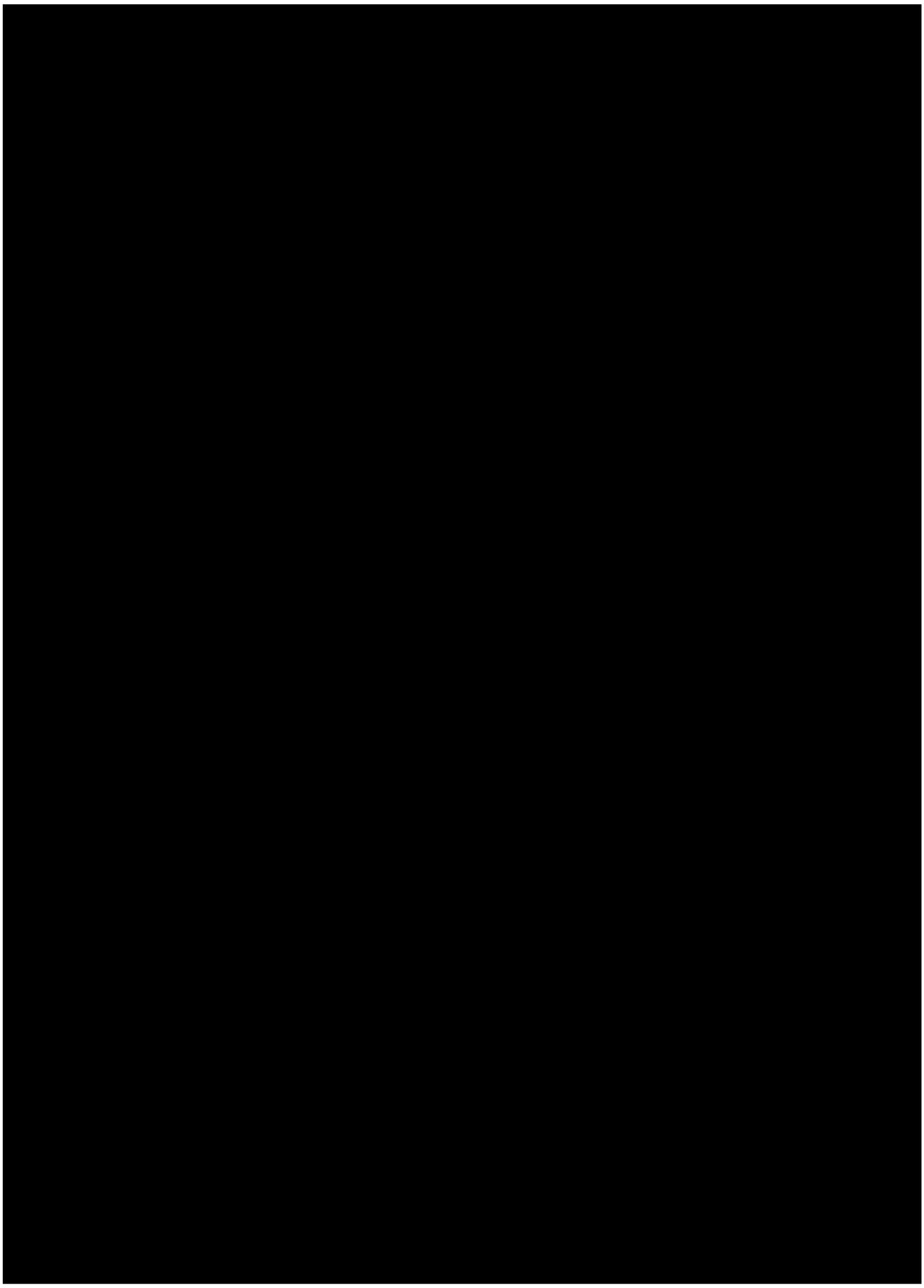
Nombre	**Rut**	**Parentesco**	**Ocupación**	**Ingresos**
Juan Henríquez Carrasco	[redacted]		**Trabajando**	**$700.000.-**

Antecedentes Habitacionales:

Situación Vivienda	[redacted]		**N° de Habitaciones**	_2_
			N° Dormitorios	_2_
Material de Construcción			**Hacinamiento**	Sí [redacted] No
Sistema de Eliminación de Excretas	[redacted]	**Agua Potable** [redacted]	**Luz Eléctrica**	**Estado de Conservación** Buena [redacted] Mala Regular

DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE
REQUÍNOA



DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE
REQUÍNOA

[redacted]



Lourdes Gana Román
Asistente Social
Municipalidad de Requínoa

DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

EQUIPAMIENTO MEDICO Y RESPIRATORIO LTDA.
TERAPIA DE LA APNEA DEL SUEÑO Y OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS

El precio incluye

Equipo Auto CPAP
Tubo corrugado
Bolso de transporte De Luxe
Manual de operación
Educación inicial en el uso del equipo y de la máscara, por profesional de la salud, Kinesiólogo o Enfermera.

PRECIO CON IVA $ 1.080.320

Además, nuestra empresa pone a su disposición servicios adicionales, destacando

- **Servicio post venta de nivel profesional, eficiente y oportuno, a nivel nacional**
- Control y seguimiento del tratamiento con el equipo
- Sesiones de educación complementarias
- Servicio Técnico autorizado en Rancagua, proporcionado por un Ingeniero Electrónico
- Amplia gama de repuestos y accesorios, entre ellos, máscaras de reemplazo, tubos corrugados térmicos, corrugados convencionales, etc.
- Garantía de 1 año en caso de fallas de equipo siempre cuando no sea por mal uso.

MODALIDAD DE PAGO
- Contado: Efectivo o Transferencia
- Tarjeta de crédito

CENTRO MEDICO ALAMEDA, ALAMEDA Nº 386 - RANCAGUA
CONTACTO: Gloria Gómez Reyes Tel Móvil +569 9730 3030

EQUIPAMIENTO MEDICO Y RESPIRATORIO LTDA.
TERAPIA DE LA APNEA DEL SUEÑO Y OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS

COTIZACIÓN AUTOCPAP LOWENSTEIN PRISMA SMART

PARA: VIVIANA VALDES MACIAS
RUT: 18.378.882-5
REFERENCIA:
FECHA: 11/07/2026



SISTEMA CPAP AUTO LOWESTEIN PRISMA SMART MA

Nuevo AUTOCPAP LOWESTEIN, Detección de respiración periódica, RERA, ronquidos, hipopnea, apnea y limitaciones de flujo. Diferenciación confiable de la apnea obstructiva de la apnea central, gracias a la FOT (técnica de oscialización forzada). AUTOCPAP con telemonitoreo **ICLOUD**, Dos opciones dinámicas para el ajuste de la presión en modo APAP, Prisma **RECOVER** indicador de sueño profundo para la evaluación de la calidad del sueño. Equipo ultra Silencioso que además permite la aplicación de equipos móviles

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Presión	Ajustable, 4 a 20 cm. H2O
SoftPAP	Alivio de presión espiratoria
RAMP	Para inicio de terapia a presión mínima, regulable de 0 a 45 minutos
Configuración	Digital con pantalla LCD de 3.5". Teclado ubicado sobre panel frontal Auto Off/On
Tarjeta Memoria SD	Memoria Calendario, control de uso y eventos
Compensación Altitud	Automático
Alarmas	Fuga y desconexión de paciente
Filtro de entrada	Sintético lavable. Filtro micropartícula desechable (opcional)
Garantía	1 Año
Origen	Alemán con Certificación FDA (USA) CE
(EUR) Requerimientos Eléctricos	Auto 240/ 100 Volts AC, 50/60 Hz,
Humidificador	con tecnología Eco inteligente
Nivel de ruido	< 26dBA
Peso	< 1.72 kg sin humidificador /< 2.5kg con Humidificador

CENTRO MEDICO ALAMEDA, ALAMEDA Nº 386 - RANCAGUA
CONTACTO: Gloria Gómez Reyes Tel Móvil +569 9730 3030

INFORME TITULACION A-CPAP

Nombre. VIVIANA ALEJANDRA VALDES MACIAS
Rut. [redacted]
Fecha de Nacimiento. [redacted]
Edad [redacted]

Fecha de Registro: 26-06-2026 al 29-06-2026
Fecha de Informe: 01-07-2026

Se realiza titulación con A-CPap graduado entre 08-15 cms H2O, con interfase Oronasal Talla S con buena tolerancia.
Se observa un excelente control de los eventos respiratorios, con un IAH: 2 eventos/hr.
Presión promedio utilizada: 8 cms H2O; p95: 11 cms H2O; Presión máxima: 13.9 cms H2O.
No presenta fuga significativa.
Saturación promedio: 97 %, CT-90: 1 %.

CONCLUSION: Se sugiere uso de A-CPap programado entre 08 y 14 cms H2O, interfase Oronasal, talla S, si es la que mejor tolera, o CPap fijo 8 cms de H2O, ajuste posterior.

[redacted]

Dra. PATRICIA RIVAS MATUS
R.C.M. 12747-7 RUT 7.725.185-5
M. INTERNA BRONCOPULMONAR
CHILENA

Dra. Patricia Rivas Matus
Medico Broncopulmonar
Rut [redacted]

UNIDAD DE NEUROFISIOLOGIA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO
VALDÉS MACIAS, VIVIANA ALEJANDRA (4919) RUT 18.378.882-5

UNIDAD DE NEUROFISIOLOGIA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO: POLISOMNOGRAMA BASAL

Nombre : VALDÉS MACIAS VIVIANA ALEJANDRA
Edad [redacted]
RUT [redacted]
Fecha de exámen : 23-09-2025
Diagnóstico : Apnea del sueño
Médico referente : Dr. Castro

Se registra estudio polisomnográfico digital realizado con equipo ALICE v5 con: electroencefalograma, oculograma, electromiograma de mentón y tíbiales anteriores derecho e izquierdo, flujos aéreos nasal y bucal (presión nasal y transducción térmica), movimientos respiratorios torácicos y abdominales, registro electrocardiográfico, monitoreo de saturación arterial de O2 y de pulso además del ronquido.

El análisis de los parámetros polisomnográficos se realizó de acuerdo a los criterios internacionales, J Clin Sleep Med, 2007, Sleep Med 2006; 7(2):175-83.

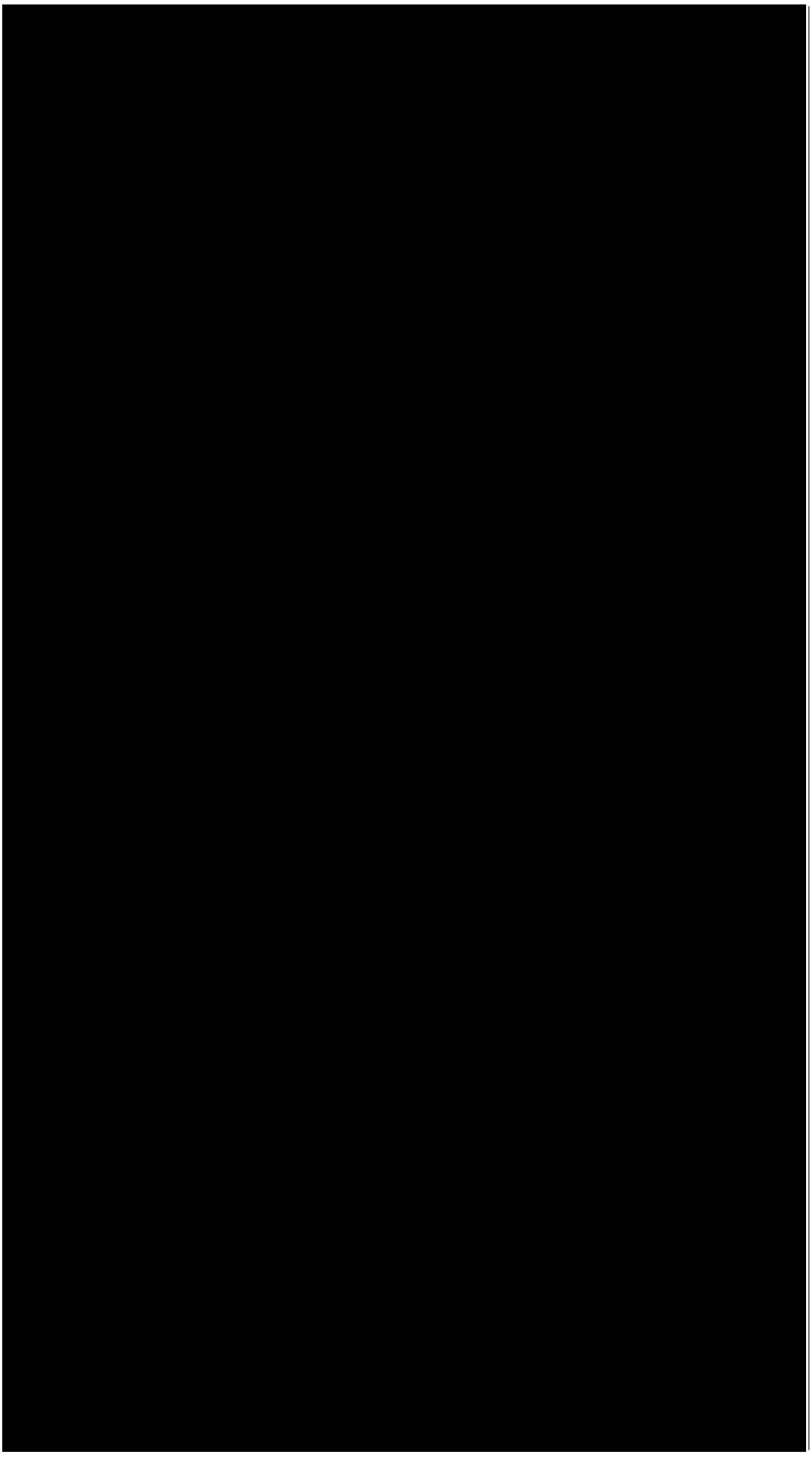
P.ABDOMINAL	**119**	**cm**	***P. CERVICAL***	**41,5**	**cm**	**I.M.C.**	**47**	***EPWORTH***	**14**

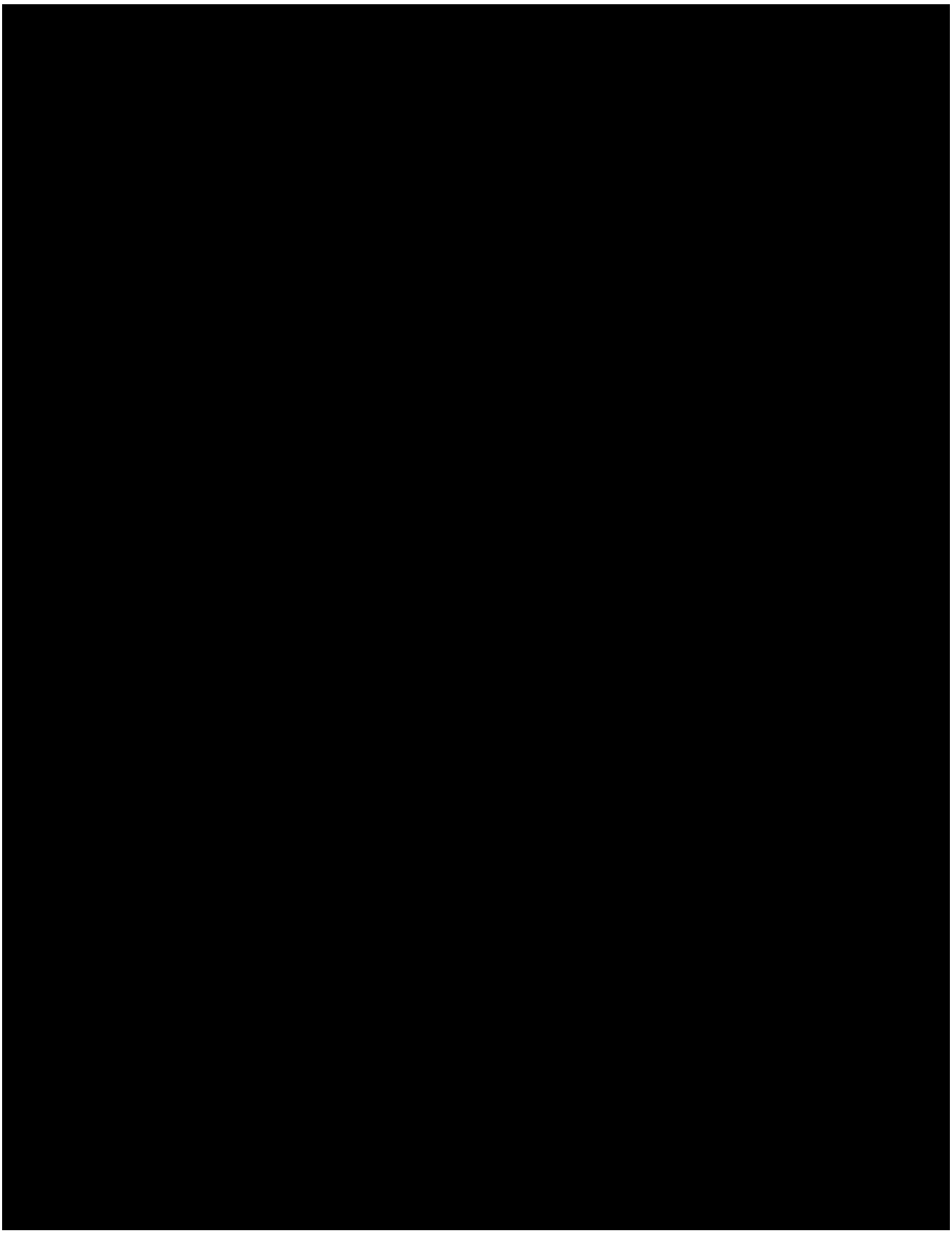
I – EVENTOS RESPIRATORIOS

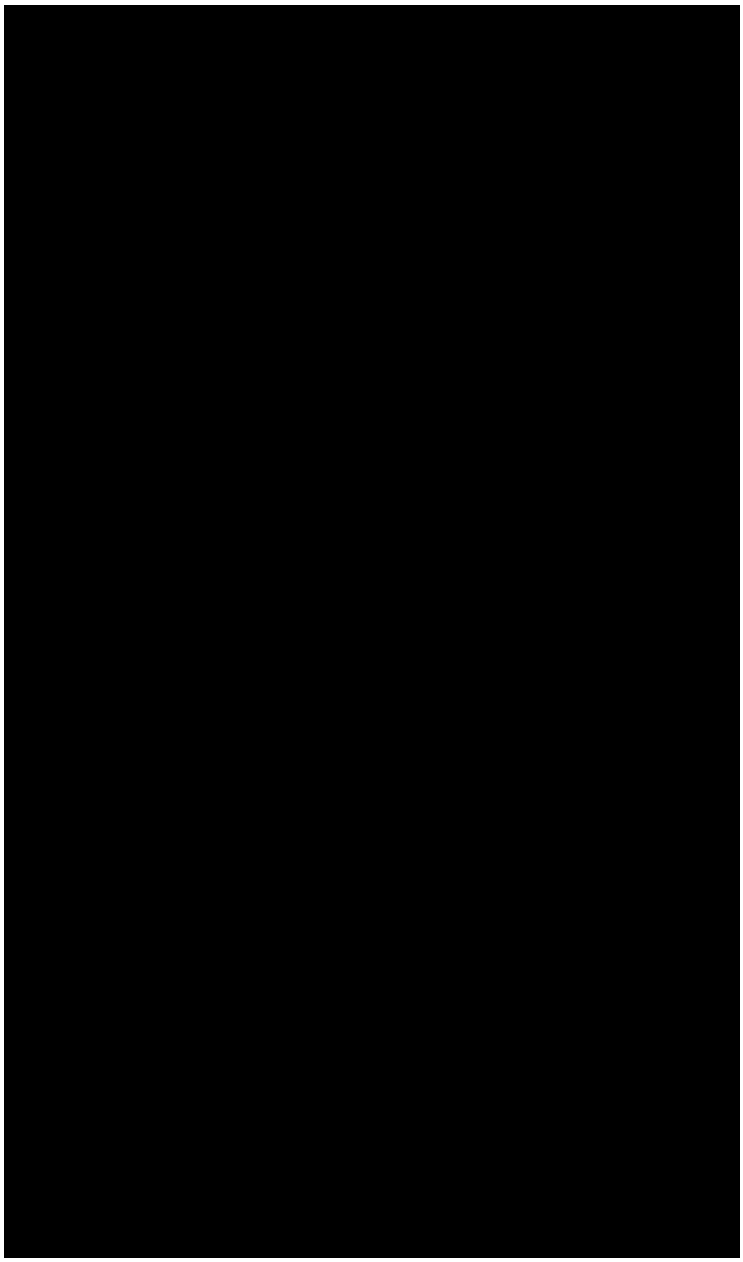
Tipo de Evento	Número	Indice (# / hora)	Duración máxima (seg.)
CENTRAL	0	0.0	0.0
OBSTRUCTIVO	2	0.3	48.5
MIXTO	6	0.8	21.0
HIPOPNEAS	113	14.6	50.0
RERA	0	0.0	0.0

INDICE TOTAL DE EVENTOS RESPIRATORIOS (A+H+RERA) . 15.7/hr. sueño

SUEÑO REM : 28.5
SUEÑO NO REM : 13.4







FICHA DE PROVEEDORES

RUT [redacted]

RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS Viviana Alejandra Valdés Macías

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDOS Viviana Alejandra Valdés Macías

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]