



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 conductor emanado por la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual informa situación de salud y económica que afecta a Brenda Yanina Leticia Ramirez Ramirez, 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° 116 de fecha 16.03.2026.

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 Brenda Yanina Leticia Ramirez Ramirez, Rut [REDACTED]

GIRESE un monto total de \$120.000.- a nombre de Brenda Yanina Leticia Ramirez Ramirez, 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/LGE/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 Brenda Yanina Leticia Ramirez Ramirez, 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 \$120.000.- pesos, esto para costear examen. El aporte debe salir a nombre de Brenda Yanina Leticia Ramirez Ramirez, Rut [REDACTED], e imputado en la cuenta N° 215.24.01.007.009.000 "Asistencia Social a Personas Naturales" ítem otras ayudas"

3.- Se adjunta Informe Social N° 116, Certificado Disponibilidad N°327, presupuestos y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,

TUS/KPM/kpm
DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.





CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° : 327 / 2026

NOMBRE DE LA ENTIDAD : I. MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

IDENTIFICADOR CODIFICADOR DEL ESTADO (ID): PE-MUN-00269

FECHA DE EMISIÓN: 17/03/2026

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 \$	4.528.904.-
Monto comprometido por el acto administrativo \$	120.000.-
Saldo final \$	93.751.096.-

Información adicional (opcional):

Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de apoyo económico a favor Brenda Ramírez Ramírez 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



Informe Social N° 116

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	Brenda Ramírez Ramírez		
Cédula de Identidad	[REDACTED]		
Fecha Nacimiento	[REDACTED]	Edad	[REDACTED]
Actividad	Dueña de Casa	Ingresos	\$ 0
Domicilio	[REDACTED]	Teléfono	[REDACTED]

Antecedentes Socioeconómicos

Otros Ingresos	\$ 500.000
Total Ingresos	\$ 500.000
Ingreso Per cápita Familiar	\$ 100.000

Antecedentes del grupo familiar:

Nombre	Apellidos	Rut	Edad	Ingresos	Crónico	Actividad
Claudio Crescencio	Valdés Bravo	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Darinka Catalina	Bravo Ramírez	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Caralina Esperanza	Valdés Ramírez	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Antonella Anahis	Ramos Bravo	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Antecedentes Habitacionales:

Situación Vivienda	Propia <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	N° de Habitaciones	<u> 3 </u>	
	Cedida <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		N° Dormitorios	<u> 2 </u>
	Sucesión <input checked="" type="checkbox"/>				
Material de Construcción	Mixto <input type="checkbox"/>	Hacinamiento	Sí <input type="checkbox"/>		
	Sólido <input checked="" type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>		
	Ligero <input 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"/>
	Fosa Séptica <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Buena <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>				Mala <input type="checkbox"/>
				Regular <input checked="" type="checkbox"/>	

Situación de salud

Referida pertenece a familia extensa, en etapa de ciclo vital de lanzamiento, quienes mantiene relación de 20 años, de los cual nace una hija Catalina Valdés Ramírez, debido a que su hija mayor es de su anterior relación, sin embargo, el padre de ella falleció hace 16 años. Al consultar por los ingresos del grupo familiar, refieren que ingresos recibidos corresponden a la pensión de invalidez de su pareja, quien es pensionado por invalidez, debido a diagnóstico de médicos, esto hace dos meses aproximadamente. Además de ello se reciben ingresos de su hija Darinka quien está recibiendo por licencia médica de post natal de su bebé Antonella quien mantiene 8 meses de edad.

Familia indica vivir en el sector de las Mercedes, en calidad de sucesión, en vivienda de sus suegros, quienes le facilita casa hace más de 20 años. 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 a locomoción, por lo que se movilizan la mayor parte con vehículo particular y locomoción pública.

En lo que refiere a situación médica don Claudio, cuenta con diagnóstico ACV, por lo que quedo con problemas de movilidad en lado derecho, actualmente cuenta con credencial de discapacidad del 60%, además de contar diabético, hipertenso. Doña Brenda cuenta con diagnósticos epilepsia la cual presenta hace unos 15 años, la cual mantuvo un golpe, se le activo, indica encontrarse en tratamiento en el hospital Franco Ravera, donde esta en tratamiento, sin embargo, menciona que mantuvo una crisis importante el lunes 09 de marzo, donde señala que sufre caída importante en su domicilio, por lo quedo con diversas dificultades, es por esto que a la fecha debe realizarse diversos exámenes, dentro de ellos se encuentra el electroencefalograma con privación del sueño, el cual presenta un alto costo.

Ante esto y considerando gastos importantes gastos y problemas de salud que presentan diversos integrantes de la familia, debe realizar lo antes posible el examen el de Electroencefalograma con privación del sueño, el cual mantiene un valor de \$ 120.000 pesos, y por lo que requiere de este examen para poder continuar con su tratamiento y conocer las causales que se encuentran realizando estas crisis inesperadas.

Resolución a la petición

De acuerdo con los antecedentes ya expuestos, se solicita realizar aporte económico de \$ 120.000, ello con la finalidad de cubrir parte del examen médico que permitirá poder reevaluar su nuevo tratamiento.

16.03.2026


Alejandra Beltrán Ríos
Asistente Social
Municipalidad de Requinoa.



13 de Marzo del 2016.

Cotización electroencefalograma
Clínica RedSalud Rancagua Alameda 634

De : Clínica Red Salud Rancagua
Para : MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

Tenemos el agrado de enviar a ud. cotización de examen (es) para el paciente:

NOMBRE :BRENDA YANINA LETICIA RAMIREZ RAMIREZ

RUT : [REDACTED]

EXAMEN : E.E.G DIGITAL 32 CANALES \$ 120.000 (VALOR PARTICULAR)

El documento de respaldo para el pago debe ser emitido a nombre de :

Centro de Especialidades Médicas Integral S.A
Rut : 76.906.480-k

Les saluda muy cordialmente.

MARIA LORETO FERNANDEZ
Coordinadora Servicio
CLÍNICA REDSALUD RANCAGUA

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS INTEGRAL S.A.



26 R50

COMPROBANTE DE RESERVA

Estimado paciente
Le recordamos que tiene la siguiente hora reservada

Rut Paciente:



Nombre Paciente: BRENDA RAMIREZ RAMIREZ

Previsión:



Fecha Cita: MARTES, 17 DE MARZO DE 2026

Hora Cita: ~~10:30 hrs.~~ 10¹⁰

Profesional: PAMELA DE LAS MERCEDES MOLINA BRAVO

Especialidad: ELECTROENCEFALOGRAMA POST PRIVACIÓN PARCIAL DE SUEÑO ADULTO

Prestación: ELECTROENCEFALOGRAMA POST PRIVACIÓN PARCIAL DE SUEÑO ADULTO (1101043)

Lugar: CLÍNICA REDSALUD RANCAGUA

Dirección: LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 634

Código de cita 1516

Para más información ingrese a www.redsalud.cl

Fecha: 10/3/26

Nombre Paciente: Briola Ramirez

Edad: 49 Rut: [REDACTED]

Domicilio: Riquena

Rp.

- Electroencefalograma

con primari

parcial del
seno

Epilepsia
Dosapulo.

Dr. José Rubén Beltrán N
Neurologo-PUC
RUC 22.974.218-1
RCM: 55788

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

"CUIDAR DE TU SALUD ES NUESTRA MOTIVACIÓN"

Fecha: 10/3/26

Nombre Paciente: Branda Ramirez

Edad: 49 Rut: XXXXXXXXXX

Domicilio: Peguma

Rp.

— Nubos plasmatos
de levetiracetam

Dr. José Rubén Beltrán N
Neurólogo-PUC
Rut: 23.974.218-1
RCM: 55688

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

“CUIDAR DE TU SALUD ES NUESTRA MOTIVACIÓN”

Electroencefalograma Post Privación Parcial de sueño Adulto

DESCRIPCIÓN

Es una prueba no invasiva que se realiza para medir la actividad eléctrica cerebral. Permite el diagnóstico de enfermedades como la epilepsia de una forma sencilla e indolora.

PREPARACIÓN

1. Paciente **debe realizar privación parcial de sueño, es decir, dormir el 50% de las horas que duerme habitualmente**. Ejemplo: si duerme 8 horas en total en promedio durante la semana, debe dormir 4 horas para el examen y acostarse lo más tarde posible y levantarse más temprano (acostarse 00:00 y levantarse a las 04:00 am).
2. Debe venir con el cabello limpio y seco, lavarlo solo con shampoo sin bálsamo, sin cremas, sin lociones ni spray.
3. No debe consumir café ni bebidas cola o energizantes, ni chocolates durante la noche.
4. **No se requiere ayuno** ni suspensión de ningún tipo de tratamiento excepto que lo indique su médico tratante.
5. Traer **registro de medicamentos que está tomando y sus dosis**.
6. Paciente **no debe presentar fiebre**.

CONTRAINDICACIONES

1. No posee contraindicaciones.

INDICACIONES

1. Debe llevar **orden médica**.
2. Debe llevar **cédula de identidad**.
3. Informar si tiene **antecedentes de crisis epiléptica**.

Equipo RedSalud



INDICACIONES

Hora	Indicación	H. Aplicación	Aplicado por
------	------------	---------------	--------------

SOLICITUDES IMAGENOLÓGÍA

No existen solicitudes de Imagenología.

SOLICITUDES LABORATORIO

No existen solicitudes de Laboratorio.

SOLICITUD DE INTERVENCION QUIRURGICA

No existen solicitudes.

PROCEDIMIENTOS LEGALES

Pronóstico, lesiones y otros

No aplica

ALCOHOLEMIA

No aplica

DESTINO : Domicilio, indicado el 09/03/2026 22:03

Por sus Medios

DOCUMENTOS ENTREGADOS AL PACIENTE

- Copia DAU (Receta e indicaciones)
- Exámenes Realizados
- Interconsulta
- Otro:

PATRICIO CEA VALENZUELA
17651218-0
MEDICO

Ud. sólo ha recibido la primera atención en un servicio de urgencia, **recibiendo un diagnóstico y tratamiento presuntivo según las condiciones del momento**, lo cual puede cambiar en el tiempo, debe revisar y seguir las indicaciones proporcionadas y completar su atención con un posterior control médico programado.



RECETA MÉDICA
Cesfam de Requinoa

Fecha emisión: 09/03/26

Paciente : RAMÍREZ RAMÍREZ BRENDA YANINA LETICIA

RUT [REDACTED]

Edad [REDACTED]

Previ [REDACTED]

Prescripción

paracetamol 500mg. 2 comprimidos vo c/8hrs por 3-5 días

Ibuprofeno 400mg. 1 comprimido vo c/8hrs por 3-5 días

PATRICIO CEA VALENZUELA

17651218-0

Firma

Ud. sólo ha recibido la primera atención en un servicio de urgencia, **recibiendo un diagnóstico y tratamiento presuntivo según las condiciones del momento**, lo cual puede cambiar en el tiempo, debe revisar y seguir las indicaciones proporcionadas y completar su atención con un posterior control médico programado.

FICHA DE PROVEEDORES

RUT



RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS

Brenda Ramírez Ramírez

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDO: Brenda Ramírez Ramírez

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