



## 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 conductor emanado por la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual informa situación de salud y económica que afecta a Juan Antonio Bravo Migueles, Rut [REDACTED]

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N° 121 de fecha 17.03.2026.

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 Juan Antonio Bravo Migueles, Rut [REDACTED]

**GIRESE** un monto total de \$200.000.- a nombre Juan Antonio Bravo Migueles, 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.**

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 Juan Antonio Bravo Migueles, Rut [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 Juan Antonio Bravo Migueles, Rut [REDACTED], y depositado en la cuenta Rut N° [REDACTED] Banco Estado, 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° 121, Certificado Disponibilidad N°329, presupuestos y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,

TUS/KPM/kpm  
DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.





## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° : 329 / 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 \$	4.648.904.-
Monto comprometido por el acto administrativo \$	200.000.-
Saldo final \$	93.551.096.-

**Información adicional (opcional):**

Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de apoyo económico a favor Juan Bravo Migueles 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



En Requínoa, 17 de marzo de 2026.

**Informe Social N° 121**

Jovita Espinoza Gutiérrez, Asistente Social de la I. Municipalidad de Requínoa tiene a bien informar situación socioeconómica a fin de solicitar aporte funerario a favor de:

**Identificación del Usuario (a)**

<b>Nombre</b>	Juan Antonio Bravo Migueles		
<b>Cédula de Identidad</b>	[REDACTED]		
<b>Fecha Nacimiento</b>	01 -12 -1944	<b>Edad</b>	[REDACTED]
<b>Actividad</b>	Pensión de Vejez	<b>Ingresos</b>	\$296.000
<b>Domicilio</b>	[REDACTED]		

**Integrantes**

Nombre	Rut	Parentesco	Ocupación	Ingresos
Rosa de las Mercedes Ortiz Calquín	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

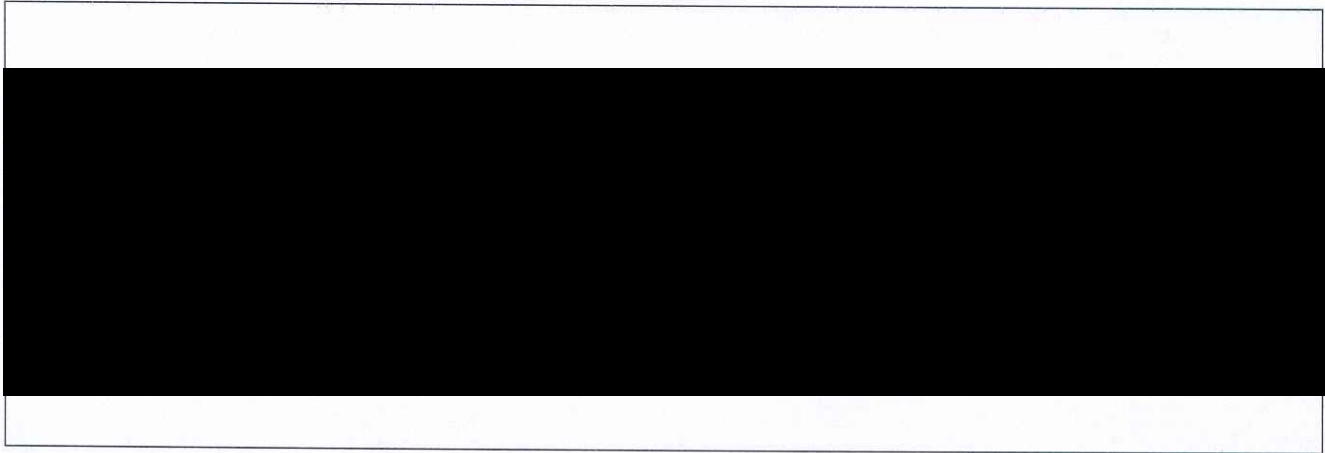
**Antecedentes Habitacionales:**

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





**Resolución a la petición**



  
**Jovita Espinoza Gutiérrez**  
**Asistente Social**



Paciente : JUAN ANTONIO BRAVO MIGUELES

RUT

Previsión: FONASA

Convenio: LIBRE ELECCIÓN

Fono : 

Médico :

DETALLE



**"Este presupuesto tiene una validez de 30 días, contados desde la fecha entrega de este documento"**

· WhatsApp: +56 9 6266 8935 · Call Center: 600 401 0600 · Teléfono Recepción: 72 284 6500 · Dirección: Cáceres 630,  
Cachapoal, Rancagua, O'Higgins



Paciente : BRAVO MIGUELES JUAN ANTONIO  
Dirección : [REDACTED]  
Médico : JULIO MIRANDA AHUMADA  
Previsión : FONDO NACIONAL DE SALUD

Identificación : [REDACTED]  
FNac : [REDACTED]  
Fono : 994224993  
Consulta : 11-03-2026



---

JULIO MIRANDA AHUMADA  
25.889.421-9 / MEDICINA GENERAL CON FORMACION EN DERMATOLOGIA



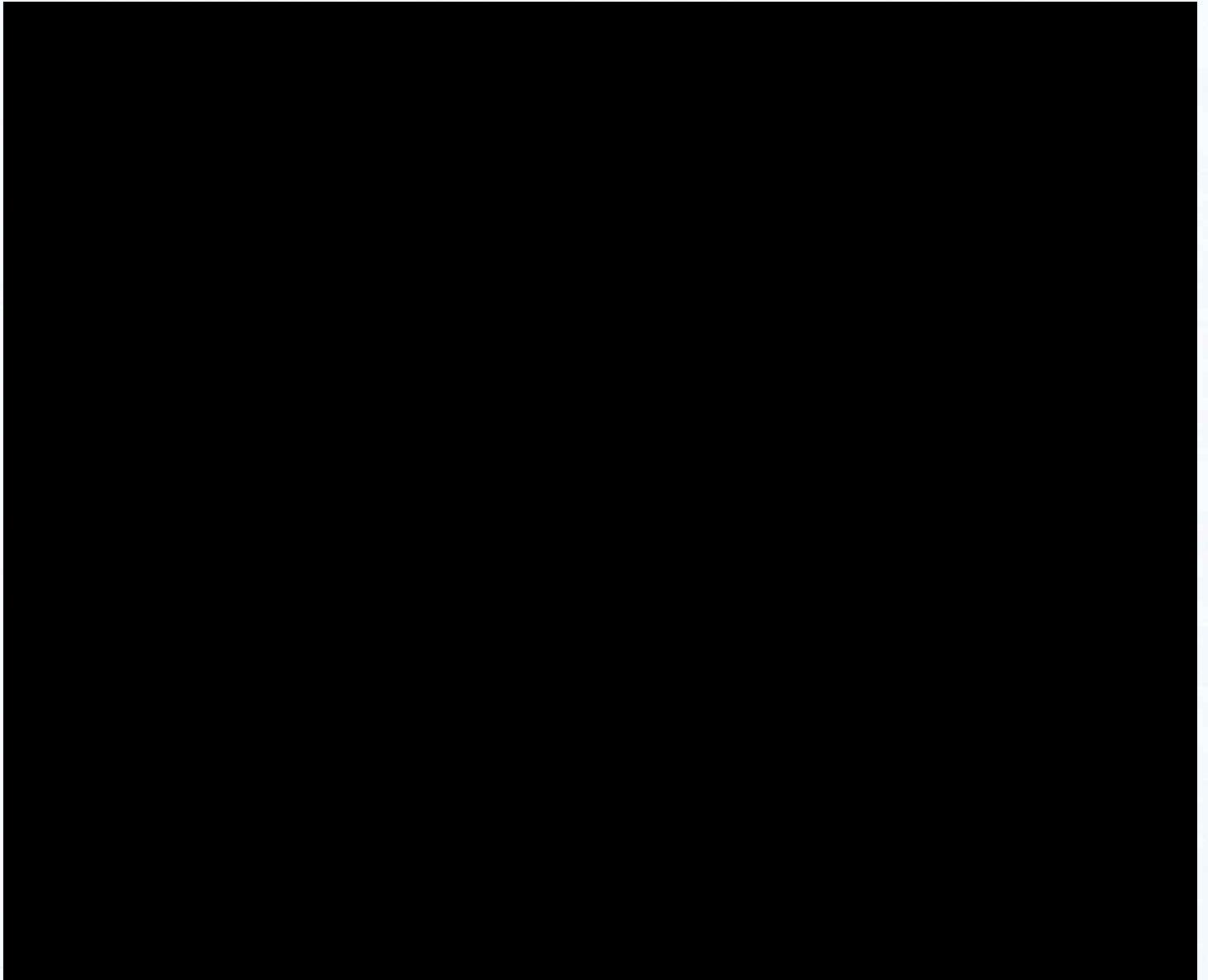
CESFAM Dr. Joaquín Contreras

Requinoa

Construyendo Juntos una Mejor Salud

MUNICIPALIDAD DE  
**REQUÍNOA**  
■■■■■■

CERTIFICADO MÉDICO





## FICHA DE PROVEEDORES

RUT

[REDACTED]

RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS

Juan Antonio Bravo Migueles

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDOS

NOMBRE DE FANTASIA (SOLO SI EXISTE)

-----

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

[REDACTED]

CODIGO POSTAL

COMUNA

Requinoa

GIRO

TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR

[REDACTED]

PERSONA DE CONTACTO

Rosa Bravo

TELEFONO DE CONTACTO

NUMERO DE CUENTA BANCARIA

[REDACTED]

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

[REDACTED]

NOMBRE DEL BANCO

ESTADO

CORREO ELECTRONICO

SITIO WEB

OTROS DATOS