

VISTOS :

- 1.- El Decreto Alcaldicio N° 3.433 del 28 de diciembre del 2011, que aprueba y desagrega el presupuesto de ingresos y gastos del Municipio para el año 2012;
- 2.- El Decreto Alcaldicio N° 129 de fecha 20 de enero de 2012, que aprueba y desagrega el presupuesto de gastos del Municipio para el programa Discapacidad;
- 3.- El Reglamento N° 002, del 16 de Mayo de 1989, sobre Asistencia Social;
- 4.- El Decreto N° 431, del 16 de Mayo de 1989, que aprueba el Manual de Procedimiento para otorgar ayudas sociales;
- 5.- El Informe Social N° 54 de la Oficina de Integración a Personas con Discapacidad;
- 6.- Las disposiciones contenidas en la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- 7.- El Decreto Alcaldicio N° 3.342 de fecha 09 de Diciembre de 2008, que delega a contar de esta fecha, la facultad de firmar "POR ORDEN DEL ALCALDE" al Administrador Municipal.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, dentro de las funciones Municipales contempladas en el Art.14 It/c, está contemplada la Asistencia Social.
- 2.- Que, el Dictamen N° 46.748/2005 de la Contraloría General de la República, ha dispuesto que los Municipios pueden otorgar ayuda económica a personas en estado de necesidad manifiesta, entendiéndose como la carencia relativa e inmediata de los medios para subsistir, un estado transitorio, en que, si bien el individuo dispone de los medios para subsistir, estos resultan escasos frente a un imperativo.
- 3.- Que, de acuerdo al dictamen citado, le corresponde a la Administración activa, esto es, el Municipio, evaluar si una persona determinada se encuentra en este estado, lo que en este caso se acredita mediante el informe social citado en los vistos N° 7.

DECRETO:

- 1.- Declárese en estado de necesidad manifiesta a la **Sra. ROSA ALEJANDRINA FUENTES LOPEZ, RUT N°** de Temuco.
domiciliada en calle
- 2.- Otorgase a la Sra. **ROSA ALEJANDRINA FUENTES LOPEZ**, una ayuda social consistente en **\$500.000.-**, como co- aporte para cancelación de deducible Isapre Cruz Blanca de su hijo Patricio Alejandro Zarate Fuentes.

3.- El Departamento de Promoción Comunitaria, a través de la oficina de Integración de Personas con Discapacidad, será el responsable de recepcionar las Facturas o Boletas que respalden la ayuda social otorgada.

4.- Impútese los gastos que origine el presente Decreto al Centro de costo **14.05.03**, Promoción Comunitaria – Discapacidad Item **215.24.01.007.001 Ayudas Sociales Paliativas** del presupuesto para el año 2012 de esta Municipalidad.

ANÓTESE, REFRÉNDESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-

[Handwritten signature]
"Por Orden del Sr. Alcalde"
EDUARDO CASTRO STONE
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

[Circular stamp: MUNICIPALIDAD DE TEMUCO, ADMINISTRADOR MUNICIPAL]

[Circular stamp: DIRECTOR JURIDICO]

[Handwritten signature]
JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL

[Circular stamp: MUNICIPALIDAD DE TEMUCO, DIRECCION DE CONTROL]

ROS/PZB/VOP
DISTRIBUCION:

- Adquisiciones
- DIDECO
- Of. de Partes
- Dpto. Promoción Comunitaria
- Integración a Personas con Discapacidad

REFRENDACION DEL GASTO	
ITEM	2401007001
PRESUPUESTO VIGENTE	15.000.000 -
MONTO COMPROMETIDO	
MONTO COMP. PTE. DCTO.	500.000 -
TOTAL COMPROMETIDO	
SALDO DISPONIBLE	1.599.557 -
REF.N	7243 21-09-2012 #1

INFORME SOCIAL

Nº 54

TEMUCO, 11/09/2012.

NOMBRE : ROSA ALEJANDRINA FUENTES LOPEZ.

RUT :

DOMICILIO : de Temuco.

NATURALEZA DE LA AYUDA: Solicita ayuda social económica, consistente en \$500.000.-, como co- aporte para cancelación de deducible Isapre Cruz Blanca de su hijo Patricio Alejandro Zarate Fuentes.

CONSIDERANDOS

1.- La referente es la madre de Patricio Alejandro Zárate Fuentes quien presenta diagnóstico médico de; traumatismo raquimedular con sección medular completa a nivel C3 – C4, paraplejia, traqueotomía percutánea con válvula de fonación.


2.- El grupo familiar está compuesto por Patricio y su madre, quien se encarga de realizar los cuidados permanentes que éste requiere dependiente de un tercero para todas sus funciones de la vida diaria con requerimiento de apoyo ventilatorio intermitente durante el día y permanente durante la noche. Patricio sufrió un accidente en diciembre del 2004 era funcionario de la Clínica Alemana, afiliado a la Isapre Cruz Blanca.

3.- Viven de los ingresos que percibe la Sra. Rosa por efecto de una Pensión Básica Solidaria por invalidez por un monto de \$78.000 mensuales y la pensión de invalidez de Patricio de la A.F.P. por un monto de \$100.000.

4.- Habitan una vivienda en calidad de propietarios. Cuentan con dos dormitorios, living – comedor, cocina y baño, presenta buen estado de Habitabilidad.

CONCLUSION

En virtud de los antecedentes expuestos por la profesional que suscribe, se estima que los ingresos percibidos por la referente son insuficientes para la cancelación de deducible de Isapre, el cual debe ser cancelada una vez al año, por el afiliado, toda vez que incluye todas las prestaciones de día cama, visita domiciliar por médico, medicamentos e insumos, ejercicios respiratorios, masoterapia y atención kinesiológica, necesario para un adecuado tratamiento y rehabilitación. Por tanto, se considera relevante y oportuno acoger la solicitud, ya que con ello mejorará su calidad de vida.


VALESKA OPORTO PORTALES
ASISTENTE SOCIAL
PROGRAMA DE INTEGRACION
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD





MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

Nº 13343

SOLICITUD DE PEDIDO Nº 904

FECHA: 12.09.2012

DIRECCION SOLICITANTE: Dirección Desarrollo Comunitario

1.- AGRADECEMOS A USTED TENGA A BIEN AUTORIZAR: () LAS ADQUISICIONES DE LOS SIGUIENTES BIENES Y/O SERVICIOS:

Ayuda social paliativa consistente en \$500.000 como co- aporte

2.- QUE SERAN DESTINADOS A: Sra. Rosa Alejandrina Fuentes Lopez.

3.- () LA RECTIFICACION DE LA ORDEN DE COMPRA Nº _____ DE FECHA _____ POR: _____

FECHA INGRESO DOCUMENTO ADQUISICIONES -

ITEM	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	PRECIO UNITARIO	TOTAL \$	NOMBRE CENTRO COSTO
1			Ayuda social paliativa consistente		\$500.000 -	14.05.03
2			en \$500.000 para co- aporte.			21524.01.007.001
3						
4						
5						
6						

USO EXCLUSIVO SECCION ADQUISICIONES	
CENTRO COSTO	IMPUTACION PRESUPUESTARIA

\$500.000.-

2.- PARA LO ANTERIOR ADJUNTO LAS SIGUIENTES COTIZACIONES:

	Nº COT.	FECHA	PROVEEDOR	MONTO \$
1				
2				
3				

USO RESERVADO DIRECCION DE CONTROL INTERNO

OBSERVACIONES: _____

FECHA: _____

3.- SE SUGIERE ADQUIRIR LOS BIENES Y/O SERVICIOS AL SIGUIENTE PROVEEDOR:

Nº	FECHA:	PROVEEDOR:	RUT.:	DOMICILIO:
				MONTO \$

VISTO BUENOS ADMINISTRADOR MUNICIPAL PARA GASTOS SUBTITULO 31 INVERSION REAL

FECHA: _____



DEPTO.

Noel y Valdeir M.

DIRECTOR

DISTRIBUCION: ORIGINAL: EXPEDIENTE GASTO 1 COPIA: DIRECCION SOLICITANTE