

DECRETO: N° **779** /

TEMUCO, 25 SET. 2012

VISTOS :

1.- El Decreto Alcaldicio N° 3433 de fecha 28 de diciembre de 2011, que aprueba y desagrega el presupuesto de ingresos y gastos del Municipio para el año 2012.

2.- EL Decreto Alcaldicio N° 136 de fecha 20 de enero de 2012, aprueba las actividades del Programa "**ASISTENCIA SOCIAL A PERSONAS**", para el año 2012.

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.- Las disposiciones contenidas en la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

6.- 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.

7.- El Informe Social N° **1376** del Programa Asistencia Social a Personas.

CONSIDERANDO:

1.- Que, dentro de las funciones Municipales contempladas en el Art./4 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.- Declárase en estado de necesidad manifiesta a doña **MARIELA DEL CARMEN RIOS CABRERA, RUT N°** domiciliada en Temuco.

2.- Otórgase a doña **MARIELA DEL CARMEN RIOS CABRERA**, una ayuda social económica consistente en **\$98.940.-**, para compra de medicamentos, padece de osteoporosis.-

3.- El Departamento de Asistencia Social a través del Programa Asistencia Social a Personas 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 **14.02.02** "Asistencia Social a Personas" Item **24.01.007.001** **Ayudas Sociales Paliativas** del presupuesto para el año 2012, de esta Municipalidad.

ANÓTESE, REFRÉNDESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-


JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL


ROS/MLR/mtv 



 "Por Orden del Sr. Alcalde"
EDUARDO CASTRO STONE
ADMINISTRADOR MUNICIPAL




DISTRIBUCION:

- ❖ Oficina de Partes
- ❖ DIDECO
- ❖ Depto. Gestión de Abastecimiento.
- ❖ Depto. Asistencia Social
- ❖ Programa Asistencia Social a Personas.


MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
DIRECCION DE CONTROL


MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
DIRECTOR
ADMINISTRACION Y FINANZAS

REFRENDACION DEL GASTO	
ITEM	24 01 00 700 /
PRESUPUESTO VIGENTE	4446017000
MONTO COMPROMETIDO	
MONTO COMP. PTE. DCTO.	98.940
TOTAL COMPROMETIDO	
SALDO DISPONIBLE	8499416
REF. N	7348 25-08-2012 d.



INFORME SOCIAL

Nº 1376

TEMUCO, 10.09. 2012. -

NOMBRE : MARIELA DEL CARMEN RIOS CABRERA

RUT :

DOMICILIO :

FONO :

NATURALEZA DE LA AYUDA: Ayuda social solicitada, para otorgar aporte para medicamentos PIASELEDINE, Que remedia los dolores de articulaciones producto de la osteoporosis la receta contempla, 6 meses **costo total \$ 98.940**

CONSIDERANDOS:

- 1.- Familia conformada por la señora Mariela Rios, divorciada, realiza trabajos esporádicos en venta de ropa y aseos domiciliarios, tiene tres hijos de 16, 6 y 4 años de edad estudiantes de enseñanza básica. La usuaria no cuenta con ingresos suficientes para costear medicamentos por 6 meses.
- 2.- Habita vivienda, ubicada campamento Recabarren s/n, actualmente en proceso postulación de vivienda, la cual sería entregada en un año más, la vivienda actual cuenta 2 dormitorios cocina y baño de pozo negro, no cuenta con agua potable, la cual es convidada por un vecino al igual que la, luz
- 3.- La usuaria sufre de osteoporosis y mantiene fuertes dolores en todo el cuerpo lo que la ha llevado a controlarse por el CESFAM de Santa Rosa, se encuentra constantemente realizando exámenes médicos para controlar la enfermedad.
Se atiende por FONASA A no cuenta con ingresos para financiar la totalidad de sus remedios, para esto en varias ocasiones ha sido ayudada por el padre de los hijos menores.
- 4.- Los ingresos de la familia actualmente no sobrepasan el mínimo de \$ 80.000 mensuales, y estos cubren las necesidades básicas de alimentación de los menores no alcanzando a cubrir exámenes ni remedios los cuales en esta ocasión no son dados por el CESFAM quien privilegia a los adultos mayores con esta enfermedad.

CONCLUSION:

Ante la necesidad manifiesta y evaluada la situación de vulnerabilidad de la usuaria, se hace prescindible otorgar ayuda consistente en un aporte económico de \$ 98.940 para la cancelación remedios no otorgados por CESFAM.

MAGDALENA LABRA RIVERA
ASISTENTE SOCIAL
JEFA DEPARTAMENTO SOCIAL





MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

Nº 13562

SOLICITUD DE PEDIDO Nº 922

FECHA: 20.09.2012

FECHA INGRESO DOCUMENTO ADQUISICIONES.

DIRECCION SOLICITANTE: Dudeco

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

Ayuda social económica

2.- QUE SERAN DESTINADOS A: Marcelo Ruiz Lobos

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

ITEM	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	PRECIO UNITARIO	TOTAL \$	NOMBRE CENTRO COSTO
1			<u>Ayuda social económica</u>			<u>CC 14.02.02</u>
2			<u>\$ 98.940 compra</u>			<u>Item 24.01.007.00</u>
3			<u>medicamentos</u>			
4						
5						
6						

USO EXCLUSIVO SECCION ADQUISICIONES	
CENTRO COSTO	IMPUTACION PRESUPUESTARIA

2.- PARA LO ANTERIOR ADJUNTO LAS SIGUIENTES COTIZACIONES:

98.940-

	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:

VISTO BUENOS ADMINISTRADOR MUNICIPAL PARA GASTOS SUBTITULO 31 INVERSION REAL

FECHA: _____



DISTRIBUCION:
ORIGINAL: EXPEDIENTE GASTO
1 COPIA: DIRECCION SOLICITANTE