



Memorando N°: **9058**
Antecedente :
Materia : Solicita Obligación Presupuestaria

PROVIDENCIA, **20 MAY 2025**

**DE : CAROLINA FAÚNDEZ ZAPATA
JEFE DEPARTAMENTO DESARROLLO SOCIAL**

**A : NATHALIE GUZMÁN PAVEZ
DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO**

A través del Programa N°2 "APOYO EMERGENCIAS SOCIALES", Beneficio N°7 "Exámenes médicos", del reglamento N°308 de fecha 31/01/2025 y sus modificaciones, que aprueba el otorgamiento de beneficios de la Dirección de Desarrollo Comunitario me permito solicitar a usted, para la señora **ANA SAN MARTIN DANITZ**, cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliada en [REDACTED], **FICHA SOCIAL N° [REDACTED] Informe Social N° 3.977**, fecha 16/05/2025, Obligación Presupuestaria para realizar exámenes médicos.

Se anexa cotización por un total de \$144.454.- (IVA Incluido), **LABORATORIO CLINICO BLANCO SPA**, RUT N°84.655.500-5, Avda. Salvador N°31 Providencia, teléfono 22490 55 00, quien recibe obligación presupuestaria.

Imputación Presupuestaria:
Cuenta: 24.01.007.019 "Apoyo Emergencias Sociales"
Subprograma: 04 Programas Sociales
Centro de Resultado :11.02.24 Apoyo Emergencias Sociales



**VALENTINA MONJE VALENZUELA
ASISTENTE SOCIAL**



**CAROLINA FAÚNDEZ ZAPATA
JEFE DEPTO. DE DESARROLLO SOCIAL**

GGO/RMw/mpa
Distribución:

1. Dideco
2. Sección Administración y Control.
3. Dpto. Desarrollo Social