



Memorando N°: **9600**

Antecedente :

Materia : Solicita Obligación Presupuestaria

PROVIDENCIA, **30 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 **MARIA ALEJANDRA MERELLO RIFFO**, cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliada en [REDACTED] **FICHA SOCIAL N° [REDACTED]**, Informe Social N° 4.042, fecha 28/05/2025, Obligación Presupuestaria para realizar examen médico.

Se anexa cotización por un total de \$31.670.- (Exento de IVA), **MEDICENTER UNO SPA**, N°76.365.706-K, Nueva Providencia N° 2155 local 45 Providencia, teléfono 22482 45 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 FAUNDEZ ZAPATA
JEFE DEPTO. DE DESARROLLO
SOCIAL**

GGO/RMW/mpa

Distribución:

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