

**Dirección Desarrollo Comunitario**  
**Departamento Desarrollo Social**

Memorando N°: **9315**  
Antecedente:  
Materia: Solicita Obligación Presupuestaria

PROVIDENCIA, **01 JUN 2026**

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

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

A través del Programa N°5 "**APOYO EMERGENCIAS SOCIALES**", Beneficio N°5,7 "**Exámenes médicos**", del reglamento N°322 de fecha 18/02/2026 y sus modificaciones, que aprueba el otorgamiento de beneficios de la Dirección de Desarrollo Comunitario me permito solicitar a usted, para la señora **BEATRIZ MARTA MORICE CONTARDO**, cédula de Identidad [REDACTED] domiciliada en [REDACTED] Providencia, **FICHA SOCIAL [REDACTED] Informe Social N°7.041**, fecha 28/05/2026, Obligación Presupuestaria para realizar exámenes médicos.

Se anexa cotización por un total de \$95.760.- (Exento de IVA), **MEDICENTER UNO SPA**, N°76.365.706-K, Nueva Providencia N°2155 local 45 Providencia, teléfono [REDACTED] 482 45 00, quien recibe obligación presupuestaria.

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

**VANIA CIUDAD CAVIEDES**  
**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