



Memorando N°: **6829**  
Antecedente :  
Materia : Solicita Obligación Presupuestaria

**15 ABR 2025**

PROVIDENCIA,

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

**A : GALIT BARBOZA ÁLVAREZ**  
**DIRECTORA (S) DE DESARROLLO COMUNITARIO**

A través del Programa "APOYO EMERGENCIAS SOCIALES", 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 **MARTA ALCALDE MORENO**, cédula de Identidad N° [REDACTED], domiciliada en [REDACTED] FICHA SOCIAL N° [REDACTED] Informe Social N°3.371, fecha 14/04/2025, Obligación Presupuestaria para realizar examen médico.

Se anexa cotización y orden médica por \$9.440. (Exento de IVA), de **INSTITUTO RADIOLOGICO PROVIDENCIA LTDA. - RUT N° 79.561.770 - 1** – Providencia N° 199, quien recibe obligación presupuestaria y ha elegido el centro médico mencionado.

<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>

  
**MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**  
**ASISTENTE SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO**  
**MARIA PAZ MIRANDA DIAZ**  
**ASISTENTE SOCIAL**

  
**MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**  
**DESARROLLO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO**  
**CAROLINA FAÚNDEZ ZAPATA**  
**JEFE DEPTO. DE DESARROLLO SOCIAL**

GGO/RMW/mpa  
**Distribución:**

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