



Memorando N°: **0612**

Antecedente :

Materia : Solicita Obligación Presupuestaria

PROVIDENCIA, **14 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 ISABEL CESPEDES JARA**, cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliada en [REDACTED], FICHA SOCIAL N° [REDACTED] Informe Social N° 3.655, fecha 07/05/2025, Obligación Presupuestaria para realizar exámenes médicos.

Se anexa cotización por un total de \$168.380.- (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



[Handwritten signature]

**FLORENCIA SEPULVEDA PARDO
ASISTENTE SOCIAL**



[Handwritten signature]

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

GGO/RMW/mpa
Distribución:

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