



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO

Multicultural



SECRETARIA
MUNICIPAL

REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 16 de febrero de 2026.-
DECRETO ALC. N° 910/2026.-

VISTOS Y CONSIDERANDO: La Constitución Política de la República de Chile; Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, Artículo N°4, letra c), en cuya conformidad los municipios pueden desarrollar funciones de asistencia social y jurídica, las que deben entenderse como aquellas destinadas a procurar medios para paliar dificultades de las personas que carecen de elementos fundamentales para subsistir, que se encuentren en estado de indigencia o de necesidad manifiesta; Decreto Alcaldicio N° 9.878, de fecha 06 de diciembre de 2024, que nombra en el cargo de Alcalde Titular de la comuna de Alto Hospicio a don Patricio Elías Ferreira Rivera; Que, la Jurisprudencia Administrativa de la Contraloría General de La República ha entendido "por estado de indigencia" la carencia absoluta de medios de subsistencia, un estado permanente de escasos recursos. Mientras que ha señalado el Órgano Contralor que "necesidad manifiesta" es la carencia relativa e inmediata de los medios para subsistir, un estado transitorio, en que, si bien el individuo dispone de los medios para subsistir, estos resultan escasos frente a un imperativo; Que, conforme a los Dictámenes de la Contraloría General de La República N°17.548 del año 2004, N°46.748 del año 2005, N°18.524 del año 2006 y N°19.892 del año 2007, corresponde al municipio determinar, en el marco de un "estado de indigencia" o "necesidad manifiesta", en qué circunstancias específicas, en base a métodos, sistemas y procedimientos objetivos y de aplicación general-que resguarden la igualdad de los beneficiarios, evitando discriminaciones arbitrarias- procedería proporcionar los aportes en dinero a personas naturales; **Memorándum N°707**, de fecha 06 de febrero de 2026, de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), que contiene el correspondiente **Visto Bueno del Alcalde** de Alto Hospicio, **Visto Bueno del Director** de Administración y Finanzas, e Instrucciones y los antecedentes que configuran la procedencia de las ayudas sociales que se indican a continuación; Que, atendida las consideraciones precedentes y los medios idóneos de que dispone esta Administración activa, resulta procedente que el municipio entregue la ayuda económica de que se trata.

DECRETO:

1.- Otórguese por concepto de ayuda social el siguiente aporte en dinero, a quien se individualiza en el siguiente recuadro, atendida las razones y fundamentos que da cuenta la documentación anexa al presente Decreto, como el **Memorándum N°707**, de fecha 06 de febrero de 2026, de la Dirección de Desarrollo Comunitario y sus antecedentes los cuales forman parte íntegra del presente decreto para todos los efectos legales:

| N° | NOMBRE COMPLETO | RUT | MONTO | METODO DE PAGO | NIS/FECHA |
|----|------------------------------|-----|------------|---|---------------------|
| 1 | Milton Javier Pacheco Larrea | | \$ 150.000 | Trasferencia a Nombre de Milton Javier Pacheco Larrea Rut | 22680 05/02/2026 |
| 2 | Mercedes Meliñir Brevis | | \$ 130.000 | Trasferencia a Nombre de Mercedes Meliñir Brevis F | 18516 02/02/2026 |

2.- La Dirección de Administración y Finanzas deberá imputar los gastos que de ello deriven, con cargo a la cuenta **N° 215.24.01.007.001, Asistencia Social a Personas Naturales.**

3.- Encárguese a la **Dirección de Administración y Finanzas** en conjunto con la **Dirección de Desarrollo Comunitario**, el fiel cumplimiento de esta ayuda, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras que ejerza la **Dirección de Control** en la aprobación de la rendición de cuenta.

Fdo. Don **Patricio Elías Ferreira Rivera**, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza don **José Jesús Valenzuela Díaz**, Secretario Municipal. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

JOSÉ JESÚS VALENZUELA DÍAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

ACA/acr

Distribución:

- Adm. y Finanzas
- Dideco
- Dir. Control
- Sec. Municipal.



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO
Nuestro mejor proyecto de Vida



Multicultural

1179-A



MEMORANDUM N.º 707/2026
Alto Hospicio 06 de febrero del 2026

PARA : SR. PATRICIO FERREIRA RIVERA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

CC : SR. ABEL CARVAJAL AYALA
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

DE : SRA. PAOLA LEMA ANTEZANA
DIRECTOR (S) DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

| | |
|----------------------|-------|
| D.A. N° | 910 |
| FECHA | 16/02 |
| SECRETARIA MUNICIPAL | |



Junto con saludar cordialmente y mediante el presente, solicito a usted su V°B° para realizar decreto alcaldicio correspondiente a los siguientes Casos Sociales:

| N° | NOMBRE COMPLETO | RUT | MONTO | METODO DE PAGO | NIS/FECHA INFORME SOCIAL |
|----|------------------------------|--------------|-----------|--|--------------------------|
| 1 | MILTON JAVIER PACHECO LARREA | 28.756.197-0 | \$150.000 | TRANSFERENCIA A NOMBRE MILTON JAVIER PACHECO LARREA RUT 28.756.197-0 | 22680 04/02/2026 |
| 2 | MERCEDES MELIÑIR BREVIS | 8.084.859-5 | \$130.000 | TRANSFERENCIA A NOMBRE MERCEDES MELIÑIR BREVIS RUT 8.084.859-5 | 18516 02/02/2026 |

Este gasto debe ser imputado a la Cuenta Municipal N.º 215.24.01.007.001 asistencia social a personas naturales.



PAOLA LEMA ANTEZANA
DIRECTORA (S)
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Distribución:

- Alcaldía.
- Dideco.

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA
ÁREA MUNICIPAL

| | | | |
|----------------|-------------------|------|-------|
| Fecha | 10.02.26 | Hora | 10:06 |
| N° CTA. | 215.24.01.007.001 | | |
| Saldo Anterior | \$ 143.375.029 | | |
| Solicitud | \$ 300.000 | | |
| Saldo Final | \$ 143.075.029 | | |



001179

MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO
Nuestro mejor



PARA

CC

DE

CORREGIR NIS

de Milton

OK/

V° B°
DIR DAF

V° B°
SR. ALCALDE

MEMORANDUM N.º 707/2026
Alto Hospicio 06 de febrero del 2026

COMUNITARIO



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



PROVIDENCIA: 9558
NIS: 22680

Resumen Caso Social

| | |
|---------------------------|---|
| Nombre del/la solicitante | MILTON JAVIER PACHECO LARREA ✓ |
| Actividad | CUIDADOR |
| Edad | 45 AÑOS ✓ |
| Ingresos | 0 |
| Folio RSH | 57532854 ✓ |
| Calificación | 40 % DE MENORES INGRESOS O MAYOR VULNERABILIDAD ECONOMICA |

Situación Actual

DON MILTON, 45 AÑOS DE EDAD, CASADO CON LA SRA. CINTHIA MONRROY LEMA, AMBOS PADRES DE DOS HIJOS DE 3 Y 14 AÑOS DE EDAD. GRUPO FAMILIA LEGALMENTE CONSTITUIDA, LA JEFA DE FAMILIA SE DESEMPEÑA TRABAJANDO EN LA FERIA COMO AMBULANTE, ADEMAS REALIZA ASEO EN CASAS PARTICULARES, SIENDO ESTE EL UNICO INGRESO ECONOMICO DEL GRUPO FAMILIAR.

EN EL AÑO 2011 LA REFERIDA SE ENCONTRABA EMBARAZADA DE 7 MESES Y SUFRIO UN ACCIDENTE DE TRANSITO, PRODUCTO DEL CUAL SU HIJO PRESENTÓ DIFICULTADES AL NACER, TENIENDO UN DIAGNOSTICO MEDICO : PARALISIS CEREBRAL, ESPASTIDICIDAD MUY SIGNIFICATIVA, LUXOFRATURA DE CADERA, ENTRE OTRAS, PRESENTANDO UNA DISCAPACIDAD CORRESPONDIENTE AL 75% DE DISCAPACIDAD FISICA QUIEN ES TOTALMENTE DEPENDIENTE.

CABE DESTACAR QUE EL GRUPO FAMILIAR PERTENECE A FONASA TRAMO A Y QUE SU SITUACION ECONOMICA ES DEFICITARIA E INESTABLE YA QUE NO EXISTE UN TRABAJO FORMAL.

FAMILIA PERTENECIENTE AL 40% DE MENORES INGRESOS O MAYOR VULNERABILIDAD SOCIOECONOMICA, SE JUSTIFICA APOYAR CON LOS PAÑALES PARA SU HIJO YAMIL.



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



PROVIDENCIA: 9558
NIS: 22680

Documentos Adjuntos

CEDULA DE IDENTIDAD
CARNET DE DISCAPACIDAD
REGISTRO SOCIAL DE HOGARES
CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES
INFORME BIOMEDICO FUNCIONAL
COTIZACION
DECLARACION JURADA
DECLARACION DE GASTOS

Solicitud

SOLICITA AYUDA ECONÓMICA CORRESPONDIENTE A
\$ 150.000.- PARA LA COMPRA DE PAÑALES DE
ADULTO TALLA M

Forma de Pago y N° de
Cuenta

TRANSFERENCIA A NOMBRE DE MILTON PACHECO
LARREA, CUENTA RUT 28756197, BANCO ESTADO.

Nombre y Firma de la
Trabajadora
Social

Claudia Cortez Valencia
Trabajadora Social





INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **PACHECO LARREA MILTON JAVIER** R.U.N. **28756197-0**
 Fecha de nacimiento **26/08/1980** Estado civil **Casado** Nacionalidad **Bolivia**
 Previsión de Salud **Fonasa A** Escolaridad **Educación universitaria incompleta**
 Sexo : **Masculino** Profesión u oficio **CUIDADOR**
 Domicilio **PAN DE AZUCAR** Nro. **3022** Fono (recado) **929352448**
 Programa **NO** Registro Social de Hogares **57532854** Puntaje : **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales 5. Allegado

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de integrantes : **4** Ingreso per - Capita : **62,500** Total de ingresos \$ **250,000**

| Nombre Completo | R.U.N. | Parentesco | Fecha Nacim | Escolaridad | Actividad u Oficio | Ingresos | Previsión |
|--------------------------------|------------|-------------------|-------------|-------------------------|----------------------|----------|-----------|
| PACHECO LARREA MILTON | 28756197-0 | Cónyuge o pareja | 26/08/1980 | Educación universitaria | CUIDADOR | | Fonasa A |
| Cinthia Elizabeth Monrroy Lema | 288612730 | jefe/a de familia | 28/02/1987 | Educación media | AMBULANTE | 250,000 | Fonasa A |
| LUCIANA ROSARIO PACHECO | 28696210-6 | Hijo/a de ambos | 05/01/2022 | Educación parvularia | PARVULO | | Fonasa A |
| Yamil Enrique Pacheco Monrroy | 286961363 | Hijo/a de ambos | 12/08/2011 | Educación básica | DISCAPACITADO/AULA H | | Fonasa A |

Asunto

SOLICITA AYUDA SOCIAL CORRESPONDIENTE A \$ 150.000.- PARA LA COMPRA DE PAÑALES DE ADULTO TALLA M.

Situación Social

DON MILTON, 45 AÑOS DE EDAD, CASADO CON LA SRA. CINTHIA MONRROY LEMA, AMBOS PADRES DE DOS HIJOS DE 3 Y 14 AÑOS DE EDAD. GRUPO FAMILIA LEGALMENTE CONSTITUIDA, LA JEFA DE FAMILIA SE DESEMPEÑA TRABAJANDO EN LA FERIA COMO AMBULANTE, ADEMÁS REALIZA ASEO EN CASAS PARTICULARES, SIENDO ESTE EL ÚNICO INGRESO ECONÓMICO DEL GRUPO FAMILIAR. EN EL AÑO 2011 LA REFERIDA SE ENCONTRABA EMBARAZADA DE 7 MESES Y SUFRIÓ UN ACCIDENTE DE TRANSITO, PRODUCTO DEL CUAL SU HIJO PRESENTÓ DIFICULTADES AL NACER, TENIENDO UN DIAGNÓSTICO MÉDICO : PARÁLISIS CEREBRAL, ESPASTICIDAD MUY SIGNIFICATIVA, LUXOFRATURA DE CADERA, ENTRE OTRAS, PRESENTANDO UNA DISCAPACIDAD CORRESPONDIENTE AL 75% DE DISCAPACIDAD FÍSICA QUIEN ES TOTALMENTE DEPENDIENTE. CABE DESTACAR QUE EL GRUPO FAMILIAR PERTENECE A FONASA TRAMO A Y QUE SU SITUACION ECONOMICA ES DEFICITARIA E INESTABLE YA QUE NO EXISTE UN TRABAJO FORMAL. FAMILIA PERTENECIENTE AL 40% DE MENORES INGRESOS O MAYOR VULNERABILIDAD SOCIOECONOMICA, SE JUSTIFICA APOYAR CON LOS PAÑALES PARA SU HIJO YAMIL.

CLAUDIA M. CORTÉZ VALENCIA

Nombre y Firma Asistente Social



ccortez@maho.cl

Fecha : 05/02/2026

Cartora de Beneficios Sociales x NIS

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

03/12/2024 12:42:48 **Yolker**

Importar Limpiar

R.I.S. R.D.T. Apellido Paterno

Beneficiario:

Registro 0022680 no posee beneficios asociados

OK

RES:
EJECUTO:

| Servicio | |
|--|------|
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | A-01 |
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | NUR |
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | NUR |
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | NUR |
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | NUR |
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | NUR |
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | NUR |
| <input type="button" value="Asignación de Beneficio"/> | NUR |

11/10/19

| | | | |
|---|--------|---|-------|
| A | A-0000 | B | B-000 |
| E | E-0012 | F | F-000 |

12/11/2024 12:42:48 **Yolker**



REGISTRO DE BENEFICIOS

FOLIO : 59853

N.I.S. 0022680
NOMBRE BENEFICIARIO : PACHECO LARREA MILTON JAVIER
CALLE PAN DE AZUCAR 3022

FECHA 04/02/2026
GLOSA AYUDA SOCIAL \$ 150000 COMPRA DE PAÑALES ADULTO

| Beneficio | Descripción | Unidad | Cantidad | Valor Unitario | Valor Total |
|-----------|-------------------------|--------|----------|----------------------------|----------------|
| 00 | SOLICITUD DE SUBVENCION | 1 | 1 | 150,000 | 150,000 |
| | | | | TOTAL BENEFICIOS \$ | 150,000 |

ASISTENTE SOCIAL CLAUDIA M. CORTEZ VALENCIA



Red de Atención
Primaria de Salud
Municipal
ALTO HOSPIICIO



CECOSF
La Tortuga
ALTO HOSPIICIO

CERTIFICADO MÉDICO

Alto Hospicio, 12 de Diciembre de 2025.

NOMBRE: YAMIL ENRIQUE PACHECO MONRROY
RUT: 28.696.136-3
EDAD: 14 AÑOS

Se certifica que usuario antes individualizado, se encuentra inscrito en este centro de salud, CECOSF La Tortuga, de la Red de Salud Municipal de Alto Hospicio.

Se extiende el presente certificado para acreditar que el usuario se mantiene en controles bajo los siguientes diagnósticos:

- PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
- EPILEPSIA

El usuario utiliza Pañales Adulto Talla M para poder acomodarse a sus necesidades diarias por los cuidados que le entregan sus padres.

El presente certificado será presentado donde el usuario estime conveniente.

Atentamente:

Oscar Contreras Ramos
1973.400-9
Médico Cirujano

Oscar Contreras Ramos

19.736.400-9

Médico-Cirujano

CECOSF La Tortuga – Alto Hospicio.

Teléfono: 572-583391



Informe Biomédico Funcional

**Este informe debe ser elaborado y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda.
Todos los campos son de llenado obligatorio**

I. Datos de Identificación del usuario(a):

| | | | |
|-----------|-----------------|------------|------------|
| Apellidos | Pacheco Monrroy | | |
| Nombre | Yamil Enrique | | |
| Rut | 28.696.136-3 | Fecha Nac. | 12/08/2011 |

II. Antecedentes biomédicos y funcionales del usuario(a):

| | | | |
|--------------------|--|--|---|
| Causa Discapacidad | <input checked="" type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Sensorial Visual | <input type="checkbox"/> Sensorial Auditiva |
| | <input type="checkbox"/> Mental / psíquica | <input checked="" type="checkbox"/> Mental / Intelectual | |

(Puede marcar una o más de una causa)

| | |
|---|--|
| Diagnósticos asociados a la causa de discapacidad: | |
| Parálisis cerebral tipo tetraparesia espástica GMFSC 4 - Espasticidad muy significativa - Luxofractura de cadera operada - Fractura femoral distal izq | Epilepsia focal estructural secundaria Déficit intelectual clínicamente moderado. |

Fuente: ficha clínica o médico tratante

| |
|--|
| Breve historia de la condición de salud del usuario(a) (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, rehabilitación, etc.): |
| Embarazo controlado, a los 7 meses madre sufre accidente de tránsito donde presenta desprendimiento de placenta que necesita cesárea de urgencia, nace en regulares condiciones generales sufre asfixia perinatal requiriendo hospitalización por cerca de un mes en UCI neonatología, evoluciona con cuadro clínico característico. En junio del 2024 presenta crisis epiléptica y se le diagnostica epilepsia estructural. |
| Medicamentos indicados al usuario(a) |
| carbamazepina 200 mg cada 8 hrs + clobazam 10 mg cada noche + diazepam 10 mg ½ cada 12 hrs. |
| Descripción del estado funcional del usuario(a) |
| Se mantiene en terapia mutiprofesional con escasos avances, el año 2018 tuvo luxación de ambas caderas secundario a la espasticidad que fue operada. En Junio del 2025 sufre caída de su silla produciendo una fractura de fémur izq por lo que se ha mantenido en receso de las terapias. Presenta 100% de dependencia en todas las actividades de su vida diaria. |



| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| Atenciones o intervenciones recibidas en el sistema de salud y/o educativo (tratamiento, programa de salud, rehabilitación, otro) | | |
| Asiste a TELETON con multiterapias | | |
| Usuario(a) requiere ayuda técnica ¹ | <input checked="" type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Cuál o cuáles: Silla de ruedas y cojín antiescaras | | |
| Usuario(a) usa ayuda técnica | <input checked="" type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Cuál o cuáles: Silla de ruedas | | |

III. Contacto profesionales tratantes en la red de salud

| Nombre y apellido | Profesión | Rut | Teléfono |
|-------------------|-----------|-------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

I. Datos de identificación del profesional informante:

| | | | |
|--------------------|--|---------------|--------------|
| Nombre completo | Constanza del Pilar Urizar Sánchez | | |
| Profesión | Neuropediatra | Rut | 15.825.651-7 |
| Institución | Hospital Regional de Iquique Dr. Ernesto Torres Galdames | | |
| Correo electrónico | polineurologia@gmail.com | | |
| Teléfono | +572409651 | Fecha informe | 09/10/2025 |

DRA. CONSTANZA URIZAR S. FIRMA Y TIMBRE
 RUT: 15.825.651-7
 NEUROLOGIA PEDIATRICA

¹ Se entiende como cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. Existen ayudas técnicas para audición y comunicación (audífonos, amplificadores, tablas de comunicación, otros), visuales (lentes, lupa, bastones de orientación, otros), para movilidad (bastones, silla ruedas, andadores, otros), posicionamiento (sitting, cojines, otros), higiene (barras de apoyo, lavapelo, elevador de WC, otros), vestuario (calzador, abotonador, otros), alimentación (plato con reborde, sondas, otros), órtesis (estabilizadoras, dinámicas, cervicales, SEC, otras), prótesis, respiradores (CPAP, BIPAP, equipo O2) Orientaciones 2017 Ayudas Técnicas: Definición, Clasificación y Especificaciones. Minsal, 2017.

Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Folio:

19305797



<https://www.milicenciamedica.cl>

Página 1 de 1

Resolución de Certificación de Discapacidad

para inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad

Vistos:

Lo dispuesto en el Art. 13, de la Ley 20422 de 2010; en el DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N°2.763/79, y en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y sus SEREMI aprobado por el DS N°136/04.

Estimado(a) YAMIL ENRIQUE PACHECO MONRROY,

La solicitud N°: 33377862, ha sido aprobada.

| | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Rut | 28696136-3 |
| Nombres | YAMIL ENRIQUE |
| Apellidos | PACHECO MONRROY |
| Origen Principal de Discapacidad | Físico |
| Orígenes Secundarios de Discapacidad | ["Sin Orígenes Secundarios"] |
| Porcentaje de Discapacidad | 75 % |
| Movilidad Reducida | si |
| Fecha de Reevaluación | sin reevaluación |

Atte,

Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Fecha de Emisión: 21-08-2025 09:43:50

Código Verificación:



Presidente
COMPIN
Ministerio de Salud

Código de Verificación:

husl 9ysa dupw

Verifique la validez de este documento en:
<https://compin.cerofilas.gob.cl/validador>

Incorpora Firma
Electrónica Avanzada

COTIZACION

Local: 508
Emission: 03/12/2025

Vd: NANCY CASTILLO
Validez: 04/12/2025

| CANT | ARTICULO | PRECIO | VALOR |
|------|-----------------------|--------|--------|
| 1 | COTIDIAN PREMIUM MX20 | 22.390 | 22.390 |
| | **DESCUENTO FCV | | -3.400 |
| | TOTAL \$ | | 18.990 |



00508030400904031225

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



REPUBLICA DE CHILE

CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD

Este documento presenta información contenida en el Registro Nacional de Discapacidad al momento de su emisión.

FECHA EMISION : 8 Septiembre 2025, 23:04.

Certificado Gratuito

Impreso en:

REGION :

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.

8530233

RUN : 28696136-3 F:R*M*

VALIDA SOLO ACOMPAÑADA CON CEDULA DE IDENTIDAD

RUN : 28.696.136-3
NOMBRE : YAMIL ENRIQUE PACHECO MONRROY

DOMICILIO : PASAJE PAN DE AZUCAR 3032
ALTO HOSPICIO

FECHAS:
DICTAMEN : 21 Agosto 2025
REEVALUACIÓN: NO TIENE
EMISIÓN : 8 Septiembre 2025



Victor Rebolledo Salas
Victor Rebolledo Salas
Jefe de Registro General

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION * CHILE
REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

FOLIO : 600021709022

Código Verificación:
89853b2572db



600021709022

CREDENCIAL

RUN : 28.696.136-3

NOMBRE : YAMIL ENRIQUE PACHECO MONRROY

GRADO GLOBAL DE DISCAPACIDAD: SEVERA / 75.00 %

CAUSA PRINCIPAL : FISICA

CAUSA(S) SECUNDARIA(S) :

MOVILIDAD REDUCIDA : SI

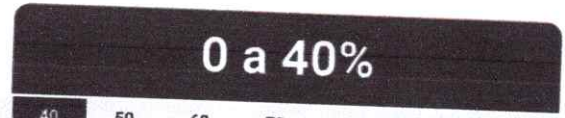
Cartola Hogar

MILTON JAVIER PACHECO LARREA
Pasaje Of Pan de Azucar, #3022 A, Alto Hospicio

Número de Folio: #57532854
Última actualización de información: 20/11/2025
Fecha de consulta: 02/12/2025



¿Cuál es el tramo de mi hogar?



| TRAMO | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|-------|----|----|----|----|----|----|-----|
|-------|----|----|----|----|----|----|-----|

Según los tramos de vulnerabilidad socioeconómica, tu hogar se ubica en el Tramo 40 (0% al 40%).

¿Qué información se considera para el tramo de mi hogar?

El tramo de tu hogar se define utilizando información autorizada, entregada por personas del hogar y ajustada con datos almacenados por las instituciones del Estado.

El cálculo del tramo considera principalmente tres factores:

1. Total de personas en tu hogar con:

| DISCAPACIDAD | DEPENDENCIA | INVALIDEZ | NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES |
|--------------|-------------|-----------|-----------------------------------|
| 1 | 0 | 0 | 0 |

2. Personas que conforman el hogar:

| TOTAL | -18 AÑOS | +60 AÑOS |
|-------|----------|----------|
| 4 | 2 | 0 |

3. Ingresos de las personas que conforman el hogar:

| | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Trabajo | Entre \$235.000 y \$285.000 |
| Pensión y/o Jubilación | No tiene |
| Capital (ej. inversiones) | No tiene |
| TOTAL INGRESOS HOGAR | Entre \$235.000 y \$285.000 |

Ingresos observados en los últimos 12 meses disponibles.

¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.

- Bienes raíces de alto o muy alto valor
- Vehículos de alto o muy alto valor
- Establecimiento educacional de alto costo
- Plan de salud de alto o muy alto costo
- Altos o muy altos ingresos del padre o madre fuera del hogar

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 4 personas

| RUT | Integrantes | Parentesco | -18 años | +60 años | Persona cuidadora |
|--------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28.861.XXX-X | Cinthia Elizabeth Monrroy Lema | Jefe(a) de hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.756.XXX-X | Milton Javier Pacheco Larrea | Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.696.XXX-X | Luciana Rosario Pacheco Monrroy | Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.696.XXX-X | Yamil Enrique Pacheco Monrroy | Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Información reportada por los integrantes del hogar.

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.

www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícale al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.



DECLARACIÓN JURADA

En Alto Hospicio, a 04 de FEBRERO del 2026 yo,
MILTON PACHECO L., cédula de Identidad N.º 28756197-0
domiciliado en PSJE. PAN DE AZÚCAR # 3022-A.

DECLARA BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:

PRIMERO: Que la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Alto Hospicio, realiza la entrega de un aporte en cheque y/o transferencia según corresponda por ayuda social, a mi nombre MILTON PACHECO LLAVEA RUN 28.756.197-0 por el monto de \$ 150.000. para el gasto en PANTALES ADULTO.

según Informe Social N.º 22680 con fecha 04/02/26.

La presente declaración tendrá validez desde la fecha en que la Municipalidad De Alto Hospicio efectúe la entrega de la ayuda social.

SEGUNDO: Por ello es que me comprometo a realizar rendición de todos los gastos relacionados a la Ayuda Social que recibí, según lo establecido en el Manual de Rendiciones elaborado por la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Alto Hospicio, en concordancia con el Decreto Alcaldicio N.º 2587/2023 "Reglamento Interno sobre Fondos a Rendir".

TERCERO: De no presentar el estado de los valores recibidos, se presumirá que he cometido sustracción de tales valores.

CUARTO: Formulo la presente declaración para ser presentada en la Municipalidad de Alto Hospicio, o ante cualquier organismo o institución que sea requerida y para los fines legales a que haya lugar.

QUINTO: Declaro tener en pleno conocimiento de todas las disposiciones legales y reglamentarias que rigen sobre la materia, asumiendo las consiguientes responsabilidades.

Previa lectura ratifica y firma.


Firma Beneficiario



DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

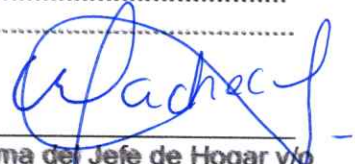
IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

Nombre : Milton Pacheco Larrea
 Rut : 28.756.197-0
 Domicilio : Psje. Pan de Azúcar # 3022A.
 Teléfono : 92 935 2448
 Ocupación : Cuidador

| DETALLE GASTO FAMILIAR | MONTO MENSUAL \$ |
|--|---------------------|
| Alimentación | 100.000' |
| Útiles de Aseo | 8.000' |
| Arriendo o Dividendo | - |
| Luz y Agua | - |
| Movilización | 18.000' |
| Combustible calefacción (gas, parafina, carbón, leña etc.) | - |
| Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.) | 20.000' |
| Teléfono/s (celular/es , fijo/s) | 5.000' |
| Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.) | - |
| Salud (tratamientos médicos, medicamentos) | 100.000' |
| Vestuario | - |
| Varios (recreación, deportes, combustible y mantenciones vehículo particular etc.) | - |
| TOTAL | \$ 251.000' |

Observaciones: Jefe de hogar trabaja como ambulante
Generando el mínimo.

Firma y Timbre Asistente Social
 Fecha: 04/02/26


Firma del Jefe de Hogar y/o
 Persona que declara




Resumen Caso Social

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Nombre del/la solicitante | Mercedes Meliñir Brevis ✓ |
| Actividad | Jubilada |
| Edad | 70 años |
| Ingresos | \$422.385 |
| Folio RSH | 51403226 |
| Calificación | 40% |

Situación Actual

Sra. Mercedes Isabel Meliñir Brevis, Persona mayor de 70 años de edad, chilena, conviviente, de tipología familiar nuclear compuesta por su conviviente Víctor (75) habita en calidad de arrendataria, vivienda ubicada en Teniente Hernán Merino # 2956 de la comuna de Alto Hospicio.

Económicamente el hogar se encuentra con una calificación de un 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, sus ingresos corresponden al pago de la Pensión Garantizada Universal de ambos adultos mayores, ingresos que son mayormente destinados al pago de arriendo de una vivienda, además de los gastos de insumos básicos, mercadería, medicamentos, gas, locomoción, útiles de aseo e higiene y lo necesario para su bienestar y el de su núcleo familiar.

En términos de morbilidad la referida comenta que se encuentra con dermatomiositis, hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes, artrosis, enfermedades pulmonares crónicas, fibromialgia, pérdida auditiva, dichas enfermedades se encuentran en tratamiento médico y farmacológico desde en el Centro de Salud Familiar Pedro Pulgar Melgarejo.

Por lo antes expuesto, se justifica la ayuda solicitada para la compra de medicamentos.

Documentos Adjuntos

Informe Social
Cédula de identidad
Registro Social de Hogares
Declaración de gastos mensuales
Certificado médico
Receta médica
Cotización
Declaración jurada

Solicitud

Solicita ayuda social de \$130.000 ✓ para la compra de medicamentos.



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO



PROVIDENCIA: 879
Nis: 18516

Forma de Pago y N° de Cuenta Realizar transferencia a nombre de Mercedes Meliñir Brevis,
8084859-5 Cuenta Rut, Banco Estado.

Nombre y Firma del Trabajador Social Daniela Barreda J.
Trabajadora Social

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
TRABAJADORA SOCIAL
DIDECO



INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **MELIÑIR BREVIS MERCEDES ISABEL** R.U.N. **8084859-5**
 Fecha de nacimiento **02/01/1956** Estado civil **Conviviente** Nacionalidad **Chile**
 Previsión de Salud **Fonasa B** Escolaridad **Educación media científico humanístico**
 Sexo: **Femenino** Profesión u oficio **JUBILADA**
 Domicilio **TENIENTE HERNAN MERINO** Nro. **2956** Fono (recado) **988365655**
 Programa **NO** Registro Social de Hogares **51403226** Puntaje: **40**

Condiciones de saneamiento Básico

Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado

Antecedentes habitacionales 4. Arrendatario

Antecedentes del grupo familiar

Nro. de Integrantes : **2** Ingreso per - Capita : **386,192** Total de ingresos \$ **772,385**

| Nombre Completo | R.U.N. | Parentesco | Fecha Nacim | Escolaridad | Actividad u Oficio | Ingresos | Previsión |
|--------------------------------|------------|-------------------|-------------|-------------------------|--------------------|----------|-----------|
| MELIÑIR BREVIS MERCEDES | 8084859-5 | jefe/a de familia | 02/01/1956 | Educación media científ | JUBILADA | 422,385 | Fonasa B |
| Víctor Eugenio Bórquez Donaire | 10752778-8 | Cónyuge o pareja | 04/08/1950 | Educación media técnica | JUBILADA | 350,000 | Fonasa B |

Asunto

Solicitud de apoyo social para la compra de medicamentos.

Situación Social

Sra. Mercedes Isabel Meliñir Brevis, Persona mayor de 70 años de edad, chilena, conviviente, de tipología familiar nuclear compuesta por su conviviente Víctor (75) habita en calidad de arrendataria, vivienda ubicada en Teniente Hernán Merino # 2956 de la comuna de Alto Hospicio.

Económicamente el hogar se encuentra con una calificación de un 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, sus ingresos corresponden al pago de la Pensión Garantizada Universal de ambos adultos mayores, ingresos que son mayormente destinados al pago de arriendo de una vivienda, además de los gastos de insumos básicos, mercadería, medicamentos, gas, locomoción, útiles de aseo e higiene y lo necesario para su bienestar y el de su núcleo familiar.

En términos de morbilidad la referida comenta que últimamente se encuentra con dermatomiositis, hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes, artrosis, enfermedades pulmonares crónicas, fibromialgia, pérdida auditiva, dichas enfermedades se encuentran en tratamiento médico y farmacológico desde en el Centro de Salud Familiar Pedro Pulgar Melgarejo.

Por lo antes expuesto, se justifica la ayuda solicitada para la compra de medicamentos.

DANIELA BARREDA JOFRE

Nombre y Firma Asistente Social

jvergaraf@maho.cl

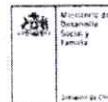
Fecha : 02/02/2026



Cartola Hogar

MERCEDES ISABEL MELIÑIR BREVIS
Av. Teniente Hernán Merino Cor, #2956, Alto Hospicio

Número de Folio: #51403226
Última actualización de información: 08/01/2026
Fecha de consulta: 30/01/2026



¿Cuál es el tramo de mi hogar?

0 a 40%

TRAMO 40 50 60 70 80 90 100

Según los tramos de vulnerabilidad socioeconómica, tu hogar se ubica en el Tramo 40 (0% al 40%).

¿Qué información se considera para el tramo de mi hogar?

El tramo de tu hogar se define utilizando información autorizada, entregada por personas del hogar y ajustada con datos almacenados por las instituciones del Estado.

El cálculo del tramo considera principalmente tres factores:

1. Total de personas en tu hogar con:

| DISCAPACIDAD | DEPENDENCIA | INVALIDEZ | NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES |
|--------------|-------------|-----------|-----------------------------------|
| 0 | 0 | 1 | 0 |

2. Personas que conforman el hogar:

| TOTAL | -18 AÑOS | +60 AÑOS |
|-------|----------|----------|
| 2 | 0 | 2 |

3. Ingresos de las personas que conforman el hogar:

| | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Trabajo | No tiene |
| Pensión y/o Jubilación | Entre \$600.000 y \$730.000 |
| Capital (ej. inversiones) | No tiene |
| TOTAL INGRESOS HOGAR | Entre \$600.000 y \$730.000 |

Ingresos observados en los últimos 12 meses disponibles.

¿Qué otros factores influyen el tramo de mi hogar?

Estos factores pueden subir el tramo de tu hogar.

- Bienes raíces de alto o muy alto valor
- Vehículos de alto o muy alto valor
- Establecimiento educacional de alto costo
- Plan de salud de alto o muy alto costo
- Altos o muy altos ingresos del padre o madre fuera del hogar

¿Quiénes conforman mi hogar?

Total de integrantes: 2 personas

| RUT | Integrantes | Parentesco | -18 años | +60 años | Persona cuidadora |
|--------------|--------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.084.XXX-X | Mercedes Isabel Meliñir Brevis | Jefe(a) de hogar | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.752.XXX-X | Víctor Eugenio Bórquez Donaire | Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Información reportada por los integrantes del hogar.

Conoce los apoyos del Estado

Para tener más información sobre los beneficios puedes ingresar al sitio web de la Ventanilla Única Social, acércate a tu municipio o escanea el código QR.
www.ventanillaunicasocial.gob.cl



¿Tienes consultas sobre tu Registro Social de Hogares?

Para actualizar, complementar o corregir la información de tu RSH, ingresa a www.ventanillaunicasocial.gob.cl, acércate a tu municipio o a las sucursales de Chile Atiende. Si tienes dudas comunícale al 800-104-777 o 800-719-002, opción 1.



CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

04/02/2026

10:05:53

| | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-----------|------------------------|-------------|----------|
| N.I.S. | 0018516 | R.U.N. | 8084859-5 | | |
| NOMBRE BENEFICIARIO : | MELIÑIR | BREVIS | MERCEDES ISABEL | | |
| CALLE | TENIENTE HERNAN MERINO | | 2956 | | |
| NRO. F.P.S. | 51403226 | PUNTOS | 40 | | |
| INGRESOS | 772,385 | PERCAPITA | 386,192 | INTEGRANTES | 2 |

| Folio | Fecha | Descripción | Monto \$ | Asistente Social |
|--------------|------------|--|----------|-----------------------|
| 11459 | 11/10/2022 | SOLICITA APOYO MERCADERIA AS JOYCE VERGAR. | 22,205 | DANIELA BARREDA JOFRE |
| 16473 | 31/08/2023 | SOLICITUD ECONOMICA PARA EL PAGO DE EXAMEN | | DANIELA BARREDA JOFRE |
| 16954 | 10/10/2023 | SOLICITA MERCADERIA TS FELIPE HIDALGO | 25,326 | DANIELA BARREDA JOFRE |
| 17281 | 11/10/2023 | SOLICITA APOYO PARA EL PAGO DE EXAMENES TS | 108,390 | DANIELA BARREDA JOFRE |
| 55377 | 24/02/2025 | ENTREGA DE MERCADERIA TS CLAUDIA MELLADO | 27,698 | DANIELA BARREDA JOFRE |
| 59581 | 19/01/2026 | SE ENTREGA MERCADERIA TS MARIA MENESES | 24,291 | DANIELA BARREDA JOFRE |

TOTAL BENEFICIOS \$ 207,910



CERTIFICADO MEDICO DE SALUD

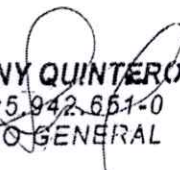
Por intermedio del presente el Médico que suscribe certifica que el paciente de

Nombre: Mercedes Meliñir Brevis **Rut:** 8.084.859-5 **Edad:** 70 años

Se encuentra, se encuentra inscrito en CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo se encuentra con controles Cardiovasculares y Adulto mayor con las siguientes patologías.

- (1) Hipotiroidismo
- (2) Diabetes mellitus no insulino dependiente
- (3) Hipertensión esencial
- (4) Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas
- (5) Retinopatía diabética
- (6) Coxartrosis
- (7) fibromialgia

Se extiende el presente Certificado a petición del interesado, para ser presentado según requerimientos.


HELIANNY QUINTERO
RUT 25.942.651-0
MÉDICO GENERAL

MEDICO CIRUJANO
CESFAM DR. PEDRO PULGAR MELGAREJO.

22-01-2026



0010262139

Total.....: 33.181.-

Farmacia Municipal Alto Hospicio
Rut: 69265100
Los Alamos 3056
Tel: 572503454

VALE DE DESPACHO: 001-0262139

Fecha: 19-01-2026 Hora: 10:11:54
Vendedor: 1 NADIA

Clte.: 8084059-5
MERCEDES ISABEL MELINIA BREVIS

| Cant. | Descripcion | P/Unit. | Total |
|-------|-----------------------|---------|--------|
| 1 | JARDIANCE COM.25MG.30 | 33.181 | 33.181 |

Total.....: 33.181.-

www.archilife.cl

\$99.543



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE



Nº 803745

Nombre Paciente: Mercedes Melinia Brevis
RUT. Paciente: 8.084.059-5 Edad Paciente: 10-a
Dirección Paciente: A.H
Diagnóstico Paciente: D.M.I.F
Fecha Prescripción: 19/01/2026 GES (si) (no)

Rp.

1= JARDIANCE 25 mg
torcer 1 c/24h x 3 veces
2= Zopiclona 7,5mg
torcer 1 c/24h x 3 veces

DR. XIAO S. LAY CHEL
MÉDICO CIRUJANO
Nombre y Pinta Profesional
Rut: 19.434.444-9
Nº REG. 854934

COTIZACION

Local: 508
Emission: 03/02/2026

Vd: NANCY CASTILLO
Validez: 04/02/2026

| CANT | ARTICULO | PRECIO | VALOR |
|------|----------------------|----------|-------|
| 1 | ZOMETIC COM.7,5MG.30 | 9.230 | 9.230 |
| | | TOTAL \$ | 9.230 |



00508020279189030226



Copia de Liquidación de Pago

| | | |
|---------------------------|------------------|--------------------------------|
| EX SERVICIO SEGURO SOCIAL | BANCOESTADO | DEPOSITO EN CUENTAS NACIONALES |
| Beneficio | Entidad Pagadora | Forma de Pago |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|----|---------|----|----------|----|------------------------|---------------|---------------|
| 9-5738584675000-1 | 1 | 01 | 1 | 0 | 001 | 5 | NUNOA | 9-175253981-1 | 19-01-2026 |
| Nro inscripción | GP / GF | NB | TP / TS | NR | O. LEGAL | FP | Centro de Atención IPS | N° Documento | Fecha de Pago |

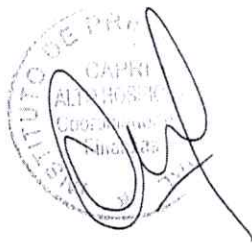
| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------|---|---|--------------------|------------|
| MELINIR BREVIS MERCEDES ISABEL | 8084859-5 | VIGENTE | 0 | S | 0 | D | 17-02-2026 |
| Nombre del beneficiario | Run | Vencimiento del beneficio | Cargas Familiares | | | Fecha Próximo Pago | |

| | | |
|--------------------------------------|-----|---------------------|
| Nombre del Apoderado / Representante | Run | Poder Vigente Hasta |
|--------------------------------------|-----|---------------------|

| Detalle de Haberes | | | | Detalle de Descuentos | |
|-------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| PENSION MENSUAL | 198.381 | 7% SALUD FONASA | 29.567 | | |
| PENSION GARANTIZADA UNIVERSAL | 224.004 | BONIFICACION FISCAL DE SALUD, LEY 20.531 | -29.567 | | |
| | | TOTAL COTIZACION LEGAL SALUD A PAGAR | 0 | | |
| Total de Haberes \$ | | 422.385 | Total de Descuentos \$ | | 0 |
| 422.385 | 0 | 0 | 0 | 422.385 | \$ 422.385 |
| Monto Afecto Imposiciones | Aporte para Salud Exento | Aporte para Salud Tributable | Otros Descuentos Exentos | Total Afecto Impuesto a la Renta | Total liquido a pagar |

**USTED ES BENEFICIARIO DE LA PENSION GARANTIZADA UNIVERSAL
 PUEDE GIRAR CON UN DIA DE ANTICIPACION A LA FECHA INDICADA
 INCLUYE EXENCION DE COTIZACION PARA SALUD
 SI CAMBIA DOMICILIO, RECUERDE INFORMAR NUEVA DIRECCION A IPS.**

Para mayor información puede contactarse con nuestro Call Center al 101 o bien en www.ips.gob.cl





MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO
Nuestro mejor proyecto de Vida



Multicultural

DECLARACIÓN JURADA

En Alto Hospicio, a 05 de febrero del 2026 yo,
Mercedes Meliñir Brevis, cédula de Identidad N.º 8084.859-5,
domiciliado en Teniente Hernan Merino #2956, Alto Hospicio.

DECLARA BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:

PRIMERO: Que la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Alto Hospicio, realiza la entrega de un aporte en cheque y/o transferencia según corresponda por ayuda social, a mi nombre Mercedes Meliñir Brevis, RUN 8084859-5 por el monto de \$ 130.000 para el gasto en Medicamentos

según Informe Social N.º 18516 con fecha 05.02.26.

La presente declaración tendrá validez desde la fecha en que la Municipalidad De Alto Hospicio efectúe la entrega de la ayuda social.

SEGUNDO: Por ello es que me comprometo a realizar rendición de todos los gastos relacionados a la Ayuda Social que recibí, según lo establecido en el Manual de Rendiciones elaborado por la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Alto Hospicio, en concordancia con el Decreto Alcaldicio N.º 2587/2023 "Reglamento Interno sobre Fondos a Rendir".

TERCERO: De no presentar el estado de los valores recibidos, se presumirá que he cometido sustracción de tales valores.

CUARTO: Formulo la presente declaración para ser presentada en la Municipalidad de Alto Hospicio, o ante cualquier organismo o institución que sea requerida y para los fines legales a que haya lugar.

QUINTO: Declaro tener en pleno conocimiento de todas las disposiciones legales y reglamentarias que rigen sobre la materia, asumiendo las consiguientes responsabilidades.

Previa lectura ratifica y firma.

Firma Beneficiario



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

OFICINA DE PARTES

PROVIDENCIA NRO.: **000879 // 2026**

FECHA : 30/01/2026 12:44:00
REMITENTE : MERCEDES MELINIR BREVIS
NOMBRE MERCEDES MELINIR BREVIS / 8.084.859-5
CARGO .
INSTITUCION .
REFERENCIA : SOLICITUD APOYO SOCIAL .

Celular / Email 988365655 @
Dirección AV. TENIENTE HERNAN MERINO #2956

| DERIVADO A: | TIPO DERIVACION |
|----------------------------|--------------------|
| - ALCALDIA | TOMAR CONOCIMIENTO |
| - ADMINISTRACION MUNICIPAL | TOMAR CONOCIMIENTO |
| - DIDECO | TOMAR ACCION |

NOTA : * NIS 18516



Clave : 4F506978353337503359343D



ALCALDE

ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

PATRICIO FERREIRA RIVERA



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO

Multicultural

SR. ALCALDE ME DIRIJO A UD. A TRAVÉS DE LA PRESENTE CARTA, MI NOMBRE ES: Mercedes Isabel Melina Brevi RUT: 8.084.859-5, Y VENGO A SOLICITARLE A UD. LO SIGUIENTE: Deyuda social para la compra de medicamento (Jordiana 25 mg), el cual me receto el medico, solicito esta ayuda ya que soy una persona mayor y no cuento con los medios necesarios.

SE DESPIDE Y DE ANTE MANO GRACIAS POR SU ATENCIÓN.

ATTE.:



NOMBRE: Mercedes Isabel Melina Brevi
RUT: 8.084.859-5
DIRECCIÓN: Av. Tominto Leonon Merino #2956
TELÉFONO: 988365655
994154613


FIRMA