

I. MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DESARROLLO SOCIAL

DECRETO EXENTO N° _____
SECCION 1° ERA.

05020

LA CISTERNA,

10 OCT. 2012

LA ALCALDIA DE LA CISTERNA, DECRETO HOY LO SIGUIENTE:

VISTOS :

- 1.- Lo establecido en el reglamento de Asistencia Social, aprobado por Decreto Alcaldicio N° 474/1995;
- 2.- Lo dispuesto en el Decreto Exento N° 001726 del 24. 09. 2001., pto. 1.4.1; y

TENIENDO PRESENTE :

1.- El Decreto Exento Rectificado N° 4565 de fecha 13 de septiembre de 2012 que otorga **Insumo**, para la Sra. **ELIZABETH PEREZ SALGADO**.

2.- Que el termino **OTORGASE** a la Sra. **ELIZABETH PEREZ SALGADO**, el beneficio social consistente en **01 Botón de Gastrostomia N° 16 French de 1,7 cms.**, por un monto de \$ 148.500.-, según receta medica adjunta, Orden de Compra debe ser remitida a nombre de Sociedad Distribuidora Comercial e Inversiones Laura Care Limitada, debe ser modificado.

3.- Se hace necesario rectificar el punto 1° del Decreto Exento Rectificado N° 3162 del 04 de julio de 2012, donde se decreta el beneficio.

DECRETO :

RECTIFIQUESE el Decreto Alcaldicio Externo Rectificado N° 4565 del 13 de septiembre de 2012 en la forma que a continuación se señala y en atención a lo mencionado en los considerandos del presente Decreto :

DONDE DICE : **OTORGASE**, a la Sra. **ELIZABETH PEREZ SALGADO**, el beneficio social consistente en **01 Botón de Gastrostomia N° 16 French de 1,7 cms.**, por un monto de \$ 148.500.-, según receta medica adjunta, Orden de Compra debe ser remitida a nombre de Sociedad Distribuidora Comercial e Inversiones Laura Care Limitada, lo anterior con cargo al Programa Asistencial.

DEBE DECIR : **OTORGASE** a la Sra. **ELIZABETH PEREZ SALGADO**, el beneficio social consistente en **01 Botón de Gastrostomia N° 16 French de 1,7 cms.**, por un monto de \$ 148.500.-, según receta medica adjunta, para su hijo el menor Mathias Hernández Pérez, Orden de Compra debe ser remitida a nombre del Hospital Exequiel González Cortes, lo anterior con cargo al Programa Asistencial.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y HECHO ARCHÍVESE

FDO.: POR ORDEN DEL SR. ALCALDE

Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes


PATRICIO ORELLANA FERRADA
SECRETARIO MUNICIPAL

