



Municipalidad de Los Ángeles  
Dirección de Desarrollo Social

BASES DE POSTULACIÓN “APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON  
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS”

Año 2025

<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<p>La Municipalidad de Los Ángeles a través de la Dirección de Desarrollo Social en su rol de ejecutor de programas sociales, implementará el Programa <b>“Aporte económico a Familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas”</b>, como una respuesta a la situación que afecta a varias familias de nuestra Comuna que poseen algún miembro de su grupo familiar con alguna enfermedad catastrófica de tal manera que el Municipio a través de esta línea de acción, buscara apoyar económicamente los costos que conllevan estas enfermedades, como lo son medicamentos, exámenes, atenciones médicas de especialistas, alimentación especial, terapias, traslado a otras comunas, hospedajes, entre otros, gastos que desequilibran el presupuesto familiar.</p> <p>El objetivo principal de este programa es proporcionar asistencia social a las familias que se encuentran en una situación de vulnerabilidad socioeconómica o necesidad manifiesta, debido a los altos costos que conlleva la enfermedad catastrófica que afecta a los niños y niñas que forma parte del grupo familiar.</p>
<b>ANTECEDENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Las funciones municipales consignadas en Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades N° 18.695, en su Artículo 4° , letra c) y letra i), la cual dispone que los Municipios, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con:</li><li>• la asistencia social y jurídica;</li><li>• La jurisprudencia administrativa sobre la atribución de asistencia social municipal, emanada por la Contraloría General de la Republica mediante los Dictámenes N° 60.500 de 2008, N° 12.826 de 2016, Informe N° 581 del 27.05.2020 sobre la Municipalidad de Pinto, entre otros, donde se reconoce la facultad de las municipalidades para otorgar beneficios sociales a la comunidad, ya sea mediante artículos de primera necesidad, o bien mediante ayuda económica en dinero efectivo a personas que se encuentren en estado de indigencia o necesidad manifiesta, entendiéndose por el primero la carencia absoluta de medios de subsistencia, una condición permanente de escasez de recursos, mientras que por el segundo, la ausencia relativa e inmediata de los mismos, una situación transitoria en que, no obstante que el individuo dispone de ciertos bienes, estos resultan escasos frente a un imprevisto.</li></ul>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<p>Entrega de apoyo económico a familias de la comuna de Los Ángeles que se encuentren afectadas por una enfermedad catastrófica de uno de sus miembros menor de 18 años, que le permita contar con los elementos básicos para su subsistencia y la de sus familias.</p>

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	Implementar una oferta de beneficio social, que permita responder de mejor forma ante las necesidades de las familias vulnerables socioeconómicamente o que presenten necesidad manifiesta de la comuna de Los Ángeles, a través de un aporte en dinero que permita mitigar gastos que conllevan las enfermedades catastróficas de los niños y niñas menores de 18 años.
<b>PRESTACIONES SOCIALES</b>	Aporte monetario de \$2.000.000, por única vez, a familias de la Comuna de Los Ángeles que presenten un estado de vulnerabilidad socioeconómica o de necesidad manifiesta, a raíz de los altos costos que conlleva una enfermedad catastrófica diagnosticada a niños o niñas del grupo familiar, costos que se traducen en exámenes (de alto precio), medicamentos, traslado a otras Comunas, hospedajes, entre otros gastos.
<b>REQUISITOS MÍNIMOS PARA OPTAR AL BENEFICIO</b>	<p>La situación de vulnerabilidad socioeconómica o necesidad manifiesta será calificada por los profesionales Asistentes Sociales de la Comisión evaluadora del programa “Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas”, bajo los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El acceso a este apoyo económico está enfocado a familias que cuenten con Registro Social de Hogares en la Comuna de Los Ángeles.</li> <li>2. La familia debe acreditar con un informe médico actualizado (con vigencia no superior a 6 meses desde el ingreso de la postulación) que un integrante del grupo familiar niño o niña, hasta 18 años, se encuentra afectado por una enfermedad catastrófica y que dicha patología conlleve gastos mensuales de alto costo.</li> </ol> <p>Además se considera los siguientes factores de vulnerabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de otro integrante del grupo familiar con enfermedad catastrófica y/o discapacidad (no se consideran las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes mellitus, tiroiditis, asma, entre otras).</li> <li>• Atenciones médicas o terapias del niño o niña con enfermedad catastrófica ya sea en una Clínica, Hospital o Centro de Salud fuera de la Comuna de Los Ángeles.</li> <li>• Precariedad en el empleo (trabajo informal, inexistencia de contratos de trabajo).</li> <li>• Ingreso per cápita del grupo familiar.</li> </ul> <p><b>Exclusión:</b> No podrán postular a este beneficio grupos familiares que entre sus integrantes se encuentre un funcionario Municipal, sea de Cementerio, Salud, Educación o Municipalidad en cualquier calidad contractual (planta, contrata, honorarios, código del trabajo).</p>
	<p>Para acceder al beneficio del presente programa, los postulantes deben completar la Ficha de Postulación on line: <u><a href="#">“Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025”</a></u>, que se encuentra publicada en la página web de la Municipalidad de Los Ángeles, <a href="http://www.losangeles.cl">www.losangeles.cl</a> y debe hacerlo agregando un correo electrónico Gmail.</p> <p>La mencionada ficha de postulación digital es de fácil uso, ya que al completar cada pregunta, se va generando la opción de continuar completando hasta el final de la</p>

<p><b>PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD Y POSTULACIÓN DEL BENEFICIO</b></p>	<p>ficha de postulación.</p> <p>A lo señalado, los postulantes deben agregar de forma obligatoria, documentos anexos que se encuentran en el vanner de postulación del programa de “Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas” de la página web de la Municipalidad de Los Ángeles, <a href="http://www.losangeles.cl">www.losangeles.cl</a>.</p> <p>En caso de carecer de los conocimientos o herramientas tecnológicas para realizar la postulación, podrá recibir orientación en los Centros de Atención Social urbanos, Centros de Atención Social Rural y Oficina de Caso Social, en las siguientes ubicaciones y horarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Oficina de Caso Social</b>, ubicada en calle Balmaceda 0455, de lunes a viernes en horario de 8.30 a 13.00 hrs. Fono 432-218415 / 432-218416.</li> <li>• <b>Centro de Atención Social (CAS) Santiago Bueras</b>, ubicado en calle Bombero Rioseco esquina Ruiz Aldea, de lunes a viernes en horario de 8.30 a 13.00 hrs. Fono 432- 218885 / 432-218886.</li> <li>• <b>Centro de Atención Social (CAS) Paillihue</b> ubicado en calle Los Carrera N*1115, en horario de lunes a viernes en horario de 8.30 a 13.00 hrs. Fono 432-218860 / 432-218861.</li> <li>• <b>Centro de Atención Rural Salto del Laja</b>, ubicada en carretera del Salto del Laja frente a los Coyuches, de lunes a viernes en horario de 9.00 a 13.00 hrs. Fono 432-218921 / 432 -218922, celular 961901794.</li> <li>• <b>Centro de Atención Rural Santa Fe</b>, ubicada en la localidad de Santa Fe en calle O'Higgins S/N (dependencias de la Biblioteca Municipal), de lunes a viernes en horario de 9.00 a 13.00 hrs. Fono 432-218900 / 432-218901 / 432-218902.</li> <li>• <b>Centro de Atención Rural de San Carlos de Purén</b>, ubicada en la localidad de San Carlos de Purén, en Avenida Bio Bio S/N (al lado de la Sede del Comité de APR), en horario de 9.00 a 13.00 hrs. Fono 432-218910 / 432-218911/ 432-218912.</li> <li>• <b>Centro de Atención Rural de Chacayal</b>, ubicada en la localidad de Chacayal Sur, calle Arturo Prat esquina Santa Emilia (al lado de Posta de Salud Rural), en horario de 9.00 a 13:00 hrs. Fono 432-218940 / 432-218941.</li> <li>• <b>Centro de Atención Rural El Peral</b>, ubicada en la localidad de El Peral, en Pasaje Los Crines S/N, Villa Miraflores, de lunes a viernes en horario de 9.00 a 13.00 hrs. Fono 432-218930 / 432-218931 /celular +56932017758.</li> </ul>
	<p>Los postulantes deben completar la <b>Ficha de Postulación “Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025”</b>, que está</p>

<p><b>DOCUMENTOS Y PRESTACIONES SOCIALES</b></p>	<p>publicada en la página web de la Municipalidad de Los Ángeles, <a href="http://www.losangeles.cl">www.losangeles.cl</a>, que considera el ingreso de información obligatoria de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Individualización del postulante ( niño o niña con enfermedad catastrófica)</li> <li>-Individualización del padre, madre o tutor</li> <li>- Individualización del grupo familiar</li> <li>-Tenencia de la vivienda</li> <li>- Datos bancarios del padre, madre o tutor</li> <li>- Certificado médico, corresponde al certificado del médico o especialista tratante del postulante.</li> <li>- Promedio de Gastos mensuales del hogar</li> <li>- Detalle de gastos médicos del niño o niña con enfermedad catastrófica (mensuales)</li> <li>- Situación social y laboral de los integrantes del grupo familiar</li> <li>- Ingreso de anexos</li> </ul> <p>A lo anterior, se deben agregar los siguientes documentos, los que tienen también carácter de <u>OBLIGATORIO</u>, siendo los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Cédula de identidad del postulante, en caso de no poseer cédula de identidad se debe presentar certificado de nacimiento.</b></li> <li><b>2. Cédula de identidad de todo el grupo familiar, en caso que algún miembro sea menor de edad y no posea cédula de identidad, se debe presentar certificado de nacimiento.</b> Se debe adjuntar en un sólo archivo, el que debe contener anexo del presente punto y los documentos de respaldo.</li> <li><b>3. Cartola de Registro Social de Hogar</b></li> <li><b>4. Anexo N°1: Individualización del Grupo Familiar del niño o niña con enfermedad catastrófica,</b> documento que forma parte de la ficha de postulación. Se debe adjuntar de forma obligatoria y se encuentra en la publicación de la postulación del presente proceso.</li> <li><b>5. Certificado médico, corresponde al certificado del médico o especialista tratante del postulante</b> que indique que la patología corresponde a una enfermedad catastrófica y que conlleva altos costos en su tratamiento. (altos costos en medicamentos, exámenes, terapias, alimentación especial, traslados, hospedajes). Dicho certificado con vigencia no superior a 6 meses desde el ingreso de la postulación.</li> <li>6. Documento que acredite <u>atención médica o terapia del niño o niña (hasta los 18 años) se realiza fuera de la Comuna de Los Ángeles.</u></li> <li><b>7. Anexo N° 2 Promedio de Gastos mensuales del hogar.</b> <b><u>Boletas de los Principales gastos del Hogar:</u></b> luz, agua, gas, cable, Internet, celular, comprobantes de créditos de consumo, gastos médicos (medicamentos, exámenes, terapias, etc), hipotecarios, contratos de arriendo y pensiones de</li> </ol>
--	---

alimentos cuando corresponda.

Se debe adjuntar de forma obligatoria y se encuentra en la publicación de la postulación del presente proceso.

Se debe adjuntar en un sólo archivo, el que debe contener anexo del presente punto y los documentos de respaldo.

**8. Anexo N° 3 Detalle de gastos médicos del niño o niña con enfermedad catastrófica (mensuales)**, documento que forma parte de la ficha de postulación. Se debe adjuntar de forma obligatoria y se encuentra en la publicación de la postulación del presente proceso.

Se debe adjuntar en un sólo archivo, el que debe contener anexo del presente punto y las boletas o comprobantes de gastos médicos tales como medicamentos, exámenes, terapias, alimento especial, hospedajes, combustible y/o pasajes con ocasión de asistir a controles médicos o terapias entre otros.

En el caso de costear medicamentos que alcancen a cubrir tratamiento de más de 1 mes, se debe hacer el cálculo del gasto mensual, cuando corresponda.

**9. Detalle de Situación social y laboral de los integrantes del grupo familiar (revisar Anexo N° 4)**, de acuerdo a la situación social y laboral de todos los integrantes del grupo familiar.

Se debe adjuntar en un sólo archivo, el que debe contener anexo del presente punto y los documentos de respaldo de la situación laboral o de la actividad que se informe por cada uno de los integrantes del grupo familiar.

9.1 Integrantes del grupo familiar cesantes o con actividad informal: Fotocopia de finiquito de trabajo, certificado de cotizaciones de los últimos 12 meses, si corresponde y declaración jurada simple de trabajos esporádicos o informales (**Anexo N°5**, se encuentra en la publicación de la postulación del presente proceso).

9.2 Trabajadores Dependientes (con contrato de trabajo) del Grupo familiar: Última liquidación de sueldo, si corresponde.

9.3 Trabajadores dependientes/independientes con licencias médicas: presentar detalle del pago o no pago de las 3 últimas Licencias Médicas, si corresponde.

9.4 Trabajadores independientes con iniciación de actividades: certificado del Contador indicando promedio de ingreso mensual, resumen de boleta de honorarios (últimos 12 meses) o declaración jurada simple de trabajo independiente que indique el ingreso mensual, son excluyentes cada uno de ellos. Sólo si corresponde.

9.5 Pensionados: Última colilla de pago, si corresponde.

9.6 Beneficiarios de Subsidios del Estado (Subsidio Único Familiar, Discapacidad y cesantía), última colilla de pago, si corresponde.

9.7 Integrantes con Problemas de Salud:

	<p>Integrantes del grupo familiar (distinto al niño o niña con Enfermedad catastrófica) con enfermedades catastróficas o discapacidad: presentar certificado médico con vigencia no superior a 6 meses desde el ingreso de la postulación y/o discapacidad (credencial de discapacidad).</p> <p>9.8 Pensión de Alimentos: Presentar documentos que acrediten el pago o no pago de la pensión de alimentos de todos los integrantes del grupo familiar que sean menores de edad o mayores de edad hasta los 28 años si son estudiantes y que estén reconocidos legalmente por sus progenitores. Esto puede ser Acta de Mediación, Acta Tribunal de Familia, estado de cuenta de pago de pensión de alimentos y/o cartola del banco actualizada con N° de causa de resolución judicial por Pensión de alimentos.</p> <p>Los hijos no reconocidos legalmente por sus Padres deben presentar sólo su certificado de nacimiento.</p> <p>En caso de padres inubicables, completar declaración jurada simple, si corresponde. (<b>Anexo N°6</b>, se encuentra en la publicación de la postulación del presente proceso).</p> <p>9.9. Estudiantes: Se debe adjuntar el certificado de alumno regular.</p> <p>Al momento de entregar la totalidad de documentos requeridos (según situación familiar), el Postulante recibirá un acta de recepción de su postulación que será emitido desde el sistema de postulación del programa de <u>“Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025”</u>.</p>
<p><b>PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS DE POSTULACIÓN</b></p>	<p><u>Plazo de postulación:</u> Las postulaciones estarán abiertas desde el 01 de agosto al 25 de agosto de 2025, se realizarán de forma on line.</p> <p><u>Evaluación y entrega del beneficio:</u> La evaluación social estará a cargo de una Comisión de evaluación conformada por 2 profesionales Trabajadores Sociales de la Municipalidad de Los Ángeles, una de Dideso de la Oficina de Caso Social y otra de Dideco, con responsabilidad administrativa, además de un profesional del área de la salud Municipal, de profesión médico familiar, quienes evaluarán las condiciones socioeconómicas y de vulnerabilidad social o necesidad manifiesta del grupo familiar y deberán seleccionar a 35 familias para la asignación del beneficio consistente en un aporte único de \$2.000.000 por familia.</p> <p>Las profesionales asistentes sociales de la comisión evaluadora levantarán un certificado de evaluación socioeconómica de cada postulante y su grupo familiar,</p>

	que permita acreditar la vulnerabilidad socioeconómica o necesidad manifiesta.			
	La Comisión realizará la evaluación y revisión de las postulaciones desde 26 de agosto al 12 de septiembre del 2025, período en que se seleccionara 35 familias, en atención a los criterios de evaluación, siendo los siguientes:			
	<div><div>1. Gastos médicos del niño(a) en relación al ingreso familiar informado.</div><div>2. Atenciones médicas o terapias del niño o niña con enfermedad catastrófica fuera de la comuna de Los Ángeles.</div><div>3. Integrante del grupo familiar con enfermedad catastrófica o discapacidad (además del niño (a) con enfermedad catastrófica).</div><div>4. Precariedad del empleo, inexistencia de contratos.</div><div>5. Ingreso per cápita, corresponde a la suma de los ingresos totales del grupo familiar informados dividido por el número de integrantes del grupo familiar.</div><div>6. Postulante no ha sido beneficiado por el programa social “Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas año 2024”.</div></div>			
EVALUACIÓN Y ENTREGA DEL BENEFICIO	Criterios de evaluación		Ponderación	
	Nivel de gastos médicos del grupo familiar  *cálculo se realizara en base a total de gastos médicos del niño (a) con enfermedad catastrófica e ingresos declarados por el grupo familiar.	Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 70% del ingreso familiar	100 puntos	40 puntos
		Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 60% y hasta el 70% del ingreso familiar.	80 puntos	
		Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 50% y hasta el 60% del ingreso familiar.	70 puntos	
		Total de gastos médicos del niño (a ) ocupan sobre el 40% hasta el 50% del ingreso familiar.	60 puntos	
		Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 30% y hasta el 40% del ingreso familiar.	50 puntos	
		Total de gastos médicos del niño (a) son igual o inferiores al 30% del ingreso familiar.	30 puntos	
	Atenciones médicas o terapias del niño o niña con enfermedad catastrófica fuera de la Comuna de Los Ángeles		20 puntos	
	Integrante del grupo familiar con enfermedad catastrófica o discapacidad (además del niño (a) con enfermedad catastrófica)		20 puntos	
	Postulante no ha sido beneficiado por el programa social “Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas año 2024”		10 puntos	
	Postulante ha sido beneficiado por el programa social “Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas año 2024”		0 puntos	

	Precariedad en el empleo (trabajo informal, inexistencia de contratos de trabajo)		5 puntos	
	Ingreso Per cápita del Grupo familiar del postulante	Regla de tres considerado el menor valor como base	5 puntos	
	Total		100 puntos	
FORMA DE PAGO DEL BENEFICIO	<p>El aporte económico se efectuará a través de un Cheque o transferencia bancaria a nombre del Padre, madre (se define por quien ejerza los cuidados del niño o niña) y/o tutor responsable del niño o niña con enfermedad catastrófica.</p> <p>Para ello la Directora de la Dirección de Desarrollo Social enviara un Ord. al Director de Administración y Finanzas, solicitando la emisión del documento de pago, adjuntando el Decreto Alcaldicio que sanciona a los beneficiarios y responsables, certificado social y el Acta de evaluación que informa los resultados del proceso de postulación.</p> <p>El aporte se entrega por única vez al grupo familiar durante el año 2025, considerando que los presupuestos son anuales.</p>			
PÉRDIDA DEL BENEFICIO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuando la familia cambia domicilio a otra Comuna.</li><li>• Cuando un integrante del grupo familiar ingresa a trabajar al Municipio (Salud, Educación, Cementerio y Municipalidad) cualquiera sea su calidad de contractual (Durante la etapa de postulación y evaluación).</li><li>• Cuando el Postulante presente documentación o información falsa, caso será derivado a los Tribunales de Justicia.</li></ul>			
PRESUPUESTO	DIMENSIÓN	APOYO	DETALLE	MONTO\$
	Asistencia Social	Apoyo social para familias con niños y/o niñas con enfermedad catastrófica	Apoyo económico a niñas y niños afectados con enfermedad catastrófica	\$ 70.000.000
		TOTAL		\$ 70.000.000



IMPUTACIÓN DE GASTOS	PRESTACIONES SOCIALES	CC	CUENTA	MONTO\$
	Apoyo social para familias con niños y/o niñas con enfermedad catastrófica	15.04.12	24.04.007.008	\$ 70.000.000
		TOTAL		\$ 70.000.000
PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	Las bases y la ficha de postulación “ <u>Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025</u> ” y sus anexos, serán publicados en la página web de la Municipalidad de Los Ángeles.			
CRONOGRAMA				
	Postulaciones	01 de agosto hasta el 25 de agosto de 2025		
	Evaluación de la comisión	26 de agosto hasta el 12 de septiembre		
	Publicación de los beneficiarios	23 de septiembre de 2025		
RESPONSABLES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Directora (S) de Dirección de Desarrollo Social</li><li>• Encargada Departamento de Gestión Social</li><li>• Encargada de Oficina de Caso Social</li></ul>			