



**Aprueba BASES DE POSTULACIÓN 2DA.
CONVOCATORIA AÑO 2025 "APORTE
ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS
Y NIÑAS CON ENFERMEDADES
CATASTROFICAS".**

LOS ANGELES, 16 de Octubre del 2025.

DECRETO N° 4256.- / VISTOS estos antecedentes:

- a.** El E-mail de fecha 15 de octubre del 2025, de la Directora(S) de la Dirección de Desarrollo Social, a través del cual envía las **BASES DE POSTULACIÓN 2DA. CONVOCATORIA AÑO 2025 "APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS"**, para ser aprobadas por el respectivo decreto alcaldicio,
- b.** Lo instruido por este Alcalde don José Pérez Arriagada en correo electrónico de fecha 15 de octubre de 2025, autorizando lo solicitado,
- c.** Las facultades que me otorga la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, cuyo texto refundido fue fijado por DFL N° 1, del Ministerio del Interior, de fecha 09.05.2006, publicado en el Diario Oficial el 26.07.2006.

D E C R E T O:

1. APRUEBANSE las BASES DE POSTULACIÓN 2DA. CONVOCATORIA AÑO 2025 "APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS" y sus antecedentes, cuyo tenor es el siguiente:

FUNDAMENTACIÓN	<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 "Aporte económico a Familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas", 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, buscare 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>
ANTECEDENTES	<ul style="list-style-type: none">• 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:• la asistencia social y jurídica;• 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.
OBJETIVO GENERAL	<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>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	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.
PRESTACIONES SOCIALES	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.
REQUISITOS MÍNIMOS PARA OPTAR AL BENEFICIO	<p>La situación de vulnerabilidad socioeconómica o necesidad manifiesta será calificada por las profesionales Trabajadoras 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"> 1. El acceso a este apoyo económico está enfocado a familias que cuenten con Registro Social de Hogares en la Comuna de Los Ángeles. 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. <p>Además se considera los siguientes factores de vulnerabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • 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. • Precariedad en el empleo (trabajo informal, inexistencia de contratos de trabajo). • Ingreso per cápita del grupo familiar. <p>Exclusión: 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>Tampoco podrán postular las familias que hayan sido beneficiados en la 1ª convocatoria de la Municipalidad de Los Ángeles año 2025 del “Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas”.</p>
PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD Y POSTULACIÓN DEL BENEFICIO	<p>Para acceder al beneficio del presente programa, los postulantes deben completar la Ficha de Postulación: <u>“Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025”</u>.</p> <p>Esta ficha se puede descargar de la página web de la Municipalidad, donde se encuentra publicadas las bases de postulación del presente programa o retirarlo desde la oficina de Caso Social.</p> <p>Para postular se debe presentar, COMPLETA, la Ficha de Postulación: <u>“Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025”</u>, en conjunto con los documentos obligatorios que ésta establece, a la trabajadora social de la Oficina de Caso Social mediante modalidad presencial. Quien revisa los antecedentes con el objetivo de orientar y generar un correcto proceso de postulación.</p> <p>La ubicación y horarios de atención son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Caso Social, ubicada en calle Balmaceda 0455, de lunes a viernes en horario de 8.30 a 13.00 hrs. Fono 432-218415 / 432-218416.

**DOCUMENTOS Y
PRESTACIONES
SOCIALES**

Los postulantes deben presentar la Ficha de postulación junto a los siguientes documentos obligatorios:

1. Cartola de Registro Social de Hogar.
2. Fotocopia de cédula de identidad del postulante y de todos los integrantes del grupo familiar, si hay algún integrante menor de edad que no posea cédula de identidad, debe adjuntar certificado de nacimiento.
3. Certificado del médico o especialista tratante del niño o niña, que indique que la patología corresponde a una enfermedad catastrófica que conlleve 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).
4. Documento que acredite atención médica o terapia del niño o niña (hasta los 18 años) fuera de la Comuna de Los Ángeles.
5. Boletas de los Principales gastos del Hogar: luz, agua, gas, cable, Internet, celular, comprobantes de créditos de consumo, gastos médicos (medicamentos, exámenes, terapias, etc), hipotecarios, contratos de arriendo y pensiones de alimentos cuando corresponda.
6. **En relación a gastos médicos,** se deben considerar el detalle de gasto mensual permanente, ya sea en exámenes, medicamentos, alimento especial, hospedajes, combustibles 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.

Documentos que deben presentar de acuerdo a situación social y laboral de **cada integrante del grupo familiar:**

1. Integrantes del grupo familiar cesantes o con actividad informal: Fotocopia de finiquito de trabajo y certificado de cotizaciones de los últimos 12 meses, si corresponde.
2. Trabajadores Dependientes (con contrato de trabajo) del Grupo familiar: última liquidación de sueldo, si corresponde.
3. Trabajadores dependientes/independientes con licencias médicas: presentar detalle del pago o no pago de las 3 últimas Licencias Médicas, si corresponde.
4. Trabajadores independientes con iniciación de actividades: certificado del Contador indicando promedio de ingreso mensual y resumen de boleta de honorarios (últimos 12 meses) cuando corresponda.
5. Pensionados: Última colilla de pago, si corresponde.
6. Beneficiarios de Subsidios del Estado (Subsidio Único Familiar, Discapacidad y cesantía): Última colilla de pago, si corresponde.
7. Integrantes con Problemas de Salud:

- Integrantes del grupo familiar (distinto al niño o niña con Enfermedad catastrófica) con enfermedades catastróficas o discapacidad: presentar certificado médico con una antigüedad de 6 meses (contado de la fecha de inicio a la Postulación) o Credencial de Discapacidad.

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 o estado de cuenta de cartola del banco actualizada con N^O de causa de resolución judicial por Pensión de alimentos. Los Hijos no reconocidos legalmente por sus Padres deben presentar sólo su certificado de nacimiento. En caso de padres inubicables, completar declaración jurada simple, si corresponde.
9. Estudiantes del Grupo familiar: Certificados de Alumno regular del año 2025 de integrantes que cursen Enseñanza pre-Básica, Básica, Media y Superior, si corresponde.

Al momento de entregar la totalidad de documentos requeridos (según situación familiar), la trabajadora social de la Oficina de Caso Social hará entrega al Postulante recibirá un acta de recepción de su postulación.

**PROCEDIMIENTOS
Y PLAZOS DE
POSTULACIÓN**

Plazo de postulación:

La Ficha de Postulación: “Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025” y los documentos obligatorios deben ser entregados, de forma presencial, a la trabajadora social de la Oficina de Caso Social, que se ubica en calle Colo Colo N°0455, Los Ángeles.

Las postulaciones estarán abiertas desde el 20 de octubre al 03 de noviembre de 2025. La Ficha de Postulación: “Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025” y los documentos obligatorios.

Evaluación y entrega del beneficio:

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 Alcaldía (Delegación de San Carlos Purén), con responsabilidad administrativa, además de un profesional del área de la salud Municipal, de profesión médico familiar. Se agrega a la comisión tres profesionales de las respectivas áreas y unidades ya indicadas, quienes tendrán el cargo de ser suplentes; en caso de ausencia de los titulares. La mencionada comisión será aprobada mediante decreto Alcaldicio y tendrá como misión evaluar las condiciones socioeconómicas y de vulnerabilidad social o necesidad manifiesta del grupo familiar y deberán seleccionar a 21 familias para la asignación del beneficio consistente en un aporte único de \$2.000.000 por familia.

Las profesionales asistentes sociales de la comisión evaluadora levantarán un certificado de evaluación socioeconómica de cada postulante y su grupo familiar, que permita acreditar la vulnerabilidad socioeconómica o necesidad manifiesta. La Comisión realizará la evaluación y revisión de las postulaciones desde 04 de noviembre al 12 de noviembre del 2025, período en que se seleccionara 21 familias, en atención a los criterios de evaluación, siendo los siguientes:

1. Gastos médicos del niño(a) en relación al ingreso familiar informado.
2. Atenciones médicas o terapias del niño o niña con enfermedad catastrófica fuera de la comuna de Los Ángeles.
3. Integrante del grupo familiar con enfermedad catastrófica o discapacidad (además del niño (a) con enfermedad catastrófica).
4. Precariedad del empleo, inexistencia de contratos.
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.
6. Postulante no ha sido beneficiado por el programa social “Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas año 2024”.

• **Publicidad y difusión:**

Los beneficios del presente programa serán informados a la Comunidad mediante la Oficina de Caso Social, Centros de Atención Social y Centros de Atención Rural y mediante publicación en las redes sociales del Municipio.

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	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.			
	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.			
PÉRDIDA DEL BENEFICIO	El aporte se entrega por única vez al grupo familiar durante el año 2025, considerando que los presupuestos son anuales.			
	<ul style="list-style-type: none">• Cuando la familia cambia domicilio a otra Comuna.• 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).• Cuando el Postulante presente documentación o información falsa, caso será derivado a los Tribunales de Justicia.			

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	\$ 42.000.000
		TOTAL			\$ 42.000.000
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	\$ 42.000.000
			TOTAL		\$ 42.000.000
PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	Las bases y la ficha de postulación “Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025”, serán publicados en la página web de la Municipalidad de Los Ángeles.				
CRONOGRAMA	Postulaciones		20 de octubre hasta el 03 de noviembre 2025		
	Evaluación de la comisión		04 de noviembre hasta el 12 de noviembre 2025		
	Publicación de los beneficiarios		17 de noviembre de 2025		
RESPONSABLES	<ul style="list-style-type: none">● Directora (S) de Dirección de Desarrollo Social● Encargada Departamento de Gestión Social● Encargada de Oficina de Caso Social				

**FICHA DE POSTULACION APOORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS
CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS AÑO 2025**

Fecha:

Individualización del Postulante: (Niño o niña con enfermedad catastrófica)

Nombre completo						
Run						
Edad						
Escolaridad						
Actividad						
Domicilio						
Nombre Padre, madre o tutor					RUN	
Fono contacto						
Datos Bancarios del padre/ madre/ tutor	Banco		Tipo cuenta de		N° de Cuenta	

Individualización del Grupo Familiar del niño o niña con enfermedad catastrófica:

N	Nombre y Apellidos	Parentesco con Solicitante	Edad	Escolaridad	Estado civil	Actividad	Promedio Ingreso Mensual (pensiones de vejez o invalidez, sueldos, subsidios, honorarios, pensión de alimentos, etc.
1							
2							
3							
4							
TOTAL, INGRESOS							

Problemas de Salud: (Integrantes del grupo familiar con enfermedad catastrófica o Discapacidad)

Nombre Integrante	Diagnostico / Discapacidad

“APOORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS 2025”

Vivienda: Propia Adquirente..... Arrendada..... Cedida..... Allegado.....

Promedio de Gastos mensuales del hogar:

Alimentación	Luz eléctrica/ agua	Gastos médicos	Gas	Calefacción	Arriendo	Dividendo
Paños desechables	Cable, Internet, celular	Locomoción/ combustible	Educación	Vestuario / calzado	Otro	Total, gastos

*Adjuntar boletas de principales gastos, si corresponde.

Detalle de gastos médicos del niño o niña con enfermedad catastrófica (mensuales):

Medicamentos	Alimento especial	Exámenes	Locomoción / combustible	Estadías en otra comuna
Atenciones Médicas	Terapias	Otros (mencionar)	Total, de Gastos médicos mensuales	

*En este ítem se deben considerar gastos mensuales permanentes del niño (a) con enfermedad catastrófica. En el caso de costear medicamentos que alcancen a cubrir tratamiento por más de 1 mes, se debe hacer el cálculo del gasto mensual. Se deben adjuntar boletas.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Observación: El padre, madre o tutor debe ser parte del grupo familiar del niño o niña con enfermedad catastrófica, según Registro Social de Hogares.

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

YO _____, RUN N° _____,

Declaro:

No tener contacto con mi Padre _____ Madre _____ (marcar con una X) Don o Doña

RUN N° _____ **por encontrarse inubicable,** por lo que a la fecha **no me entrega apoyo económico**
por pensión de alimentos.

Doy fe que la información declarada es fidedigna.

Firma de Declarante

LOS ÁNGELES, _____ DE _____ AÑO _____.

2. PUBLIQUESE la presente resolución en el Portal de Transparencia Activa.

Anótese, comuníquese, dese copia y archívese.

SJSM

cc.

DIDESO

Archivo

