Modifica Decreto Alcaldicio N°4.348 de fecha 16 de octubre de 2026**.**
LOS ANGELES, 9 de Noviembre del 2026.

DECRETO Nº 4721.- / VISTOS estos antecedentes:

a. El Decreto Alcaldicio **Nº3.862, de fecha 16 de septiembre de 2026**, que Aprueba **BASES DE POSTULACIÓN AÑO 2026 "APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS"**,
b. El Decreto Alcaldicio **N°4.348 de fecha 16 de octubre de 2026**, que Modifica las **BASES DE POSTULACIÓN AÑO 2026 "APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS",**
c. El E-mail de fecha 05 de noviembre de 2020, del Director(s) de la Dirección de Desarrollo Social, a través del cual solicita la modificación del Decreto individualizado en la letra b) de los vistos específicamente para ***corregir*** en el punto 1 el Item de Procedimiento y ***Plazos de Postulación y Cronograma***, mediante el respectivo decreto alcaldicio,
d. El pronunciamiento de la Directora de la Dirección de Asesoría Jurpidica contenido en su correo electrónico de fecha 06 de noviembre de 2026,
e. Lo instruido por el sr. Alcalde don José Pérez Arriagada en correo electrónico de fecha 06 de noviembre de 2026, autorizando lo solicitado,
f. Las facultades que me otorga la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, cuyo texto refundido fue fijado por DFL Nº 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. **MODIFIQUESE** el **Decreto Alcaldicio N°4.348 de fecha 16 de octubre de 2026,** específicamente para ***corregir*** en el punto 1 el Item de Procedimiento y ***Plazos de Postulación y Cronograma,*** quedando como sigue:

- **Ítem: PROCEDIMIENTO Y PLAZOS DE POSTULACIÓN**
  Donde Dice: La Comisión realizará la evaluación y revisión de las postulaciones desde 26 de octubre hasta el 06 de noviembre 2026
  Debe Decir: La Comisión realizará la evaluación y revisión de las postulaciones desde 26 de octubre hasta el 13 de noviembre 2026

- **Ítem: CRONOGRAMA**
  Donde Dice:

Evaluación de la comisión	26 de octubre hasta el 06 de noviembre 2026
Publicación de los beneficiarios	17 de noviembre de 2026

Debe Decir:

Evaluación de la comisión	***26 de octubre hasta el 13 de noviembre 2026***
Publicación de los beneficiarios	***20 de noviembre de 2026***

Documento digital: https://pgd.losangeles.cl/documentos/23400-2026

2. **DECLARASE,** en todo lo no modificado por la presente resolución, permanece inalterable el **Decreto Alcaldicio Nº3.862, de fecha 16 de septiembre de 2026** y al **Decreto Alcaldicio N°4.348 de fecha 16 de octubre de 2026.**
3. **PUBLIQUESE** la presente resolución en el Portal de Transparencia Activa.

Anótese, comuníquese, dese copia y archívese.

SJSM
cc.
DIDESO
Archivo

Documento digital: https://pgd.losangeles.cl/documentos/23400-2026

Documento digital: https://pgd.losangeles.cl/documentos/23400-2026

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES
DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

BASES DE POSTULACIÓN AÑO 2026 "APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS"

FUNDAMENTACIÓN	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, 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. 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.
ANTECEDENTES	• Las funciones municipales consignadas en Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades N° 18.695, en su Artículo 4° , letra c) , 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.

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA
MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES
MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL
MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

OBJETIVO GENERAL	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.
OBJETIVOS ESPECÌFICOS	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 en el año 2026, 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	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: 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. Además se considera los siguientes factores de vulnerabilidad: • 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. • Ingreso per cápita del grupo familiar. **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).

MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES ASESORÍA JURÍDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD Y POSTULACIÓN DEL BENEFICIO	Para acceder al beneficio del presente programa, los postulantes deben completar la Ficha de Postulación: "Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2026". 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. Para postular se debe presentar, COMPLETA, la Ficha de Postulación: "Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2026", en conjunto con los documentos obligatorios que ésta establece. La Trabajadora Social de la Oficina de Caso Social, mediante modalidad presencial, es quien orienta al/la postulante y revisa los antecedentes. Esto con el objetivo de generar un correcto proceso de postulación. La Trabajadora Social de la Oficina de Caso Social hará entrega al Postulante de un acta de revisión de su postulación. La atención presencial con la Trabajadora Social de la Oficina de Caso Social tiene el carácter de ser obligatorio, por lo que el/la postulante puede solicitar un horario de atención mientras dure el proceso de postulación del presente programa. La ubicación y horarios de atención son: • **Oficina de Caso Social**, ubicada en calle Colo Colo 0455, Los Ángeles. 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).

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

4. **Documento que acredite <u>atención médica o terapia del niño o niña (hasta los 18 años) fuera de la Comuna de Los Ángeles.</u>**

5. **<u>Boletas de los principales gastos del Hogar</u>**: 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. **<u>En relación a gastos médicos</u>**, 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.

7. Documentos que deben presentar de acuerdo a **<u>situación social y laboral de cada integrantes del grupo familiar:</u>**

7.1 <u>Integrantes del grupo familiar cesantes o con actividad informal</u>: Fotocopia de finiquito de trabajo y certificado de cotizaciones de los últimos 12 meses, si corresponde.

7.2. <u>Trabajadores Dependientes</u> (con contrato de trabajo) del Grupo familiar: última liquidación de sueldo, si corresponde.

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

7.4 <u>Trabajadores independientes con iniciación de actividades</u>: certificado del Contador indicando promedio de ingreso mensual y resumen de boleta de honorarios (últimos 12 meses) cuando corresponda.

7.5 <u>Pensionados</u>: Última colilla de pago, si corresponde.

7.6 <u>Beneficiarios de Subsidios del Estado</u> (Subsidio Único Familiar, Discapacidad y cesantía): Última colilla de pago, si corresponde.

8. **<u>Integrantes con Problemas de Salud:</u>**

Integrantes del grupo familiar (distinto al niño o niña con Enfermedad catastrófica) con enfermedades catastróficas o discapacidad deben presentar certificado médico, que puede haber sido emitido como rango máximo dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de inicio del proceso de postulación de las presentes bases (contado de la fecha de inicio a la Postulación) o Credencial de Discapacidad.

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

9. Pensión de Alimentos:

Según la situación familiar, para 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. En los casos que a continuación se expone deben adjuntar los siguientes documentos:

9.1 Cuando la pensión de alimentos se encuentra regulada judicialmente se debe presentar Acta de Mediación Familiar, Acta Tribunal de Familia o Cartola del banco actualizada con N° de causa de pensión de alimentos.

9.2 Cuando no cuenten con pensión legalizada ante el Juzgado de Familia deben adjuntar formulario que se es parte de la presentes bases de postulación, denominado **"Declaración de pensión de alimentos"** además de los siguientes documentos:

- 9.2.1 Cartola de Registro Social de Hogares, en adelante RSH, más certificado de residencia de ambos padres (si no cuenta con RSH, debe presentar Informe Social más Certificado de residencia) (obligatorio).
- 9.2.2 Certificado de Cotizaciones de quien entrega la pensión de alimentos. (obligatorio).
- 9.2.3 Ultima liquidación de sueldo de quien entrega la pensión de alimentos. (Obligatorio).
- 9.2.4 Fotocopia de cédula de identidad de quién entrega la pensión. (obligatorio)

9.3 Los hijos no reconocidos legalmente por sus padres deben presentar sólo su certificado de nacimiento.

9.4 Para quienes uno o ambos progenitores le resulten inubicables, dado que desconocen su domicilio, teléfono y no mantienen ningún tipo de contacto con él o ella, el postulante deberá completar la Declaración Jurada que se adjunta en las presentes bases de postulación.

9.5 En el caso de uno o ambos padres recluidos debe acreditar con documento emitido por el tribunal de justicia y/o gendarmería.

10. **Estudiantes del Grupo familiar**: Certificados de Alumno regular del año 2026 de integrantes que cursen Enseñanza pre-Básica, Básica, Media y Superior, si corresponde.

11. **Acta de revisión**, entregada por la Trabajadora Social de la Oficina de Caso Social al Postulante.

Nota aclaratoria: Si el estudiante declara pensión de alimentos informal, ésta no puede respaldarse mediante Declaración Jurada notarial.

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTION SOCIAL LOS ANGELES

PROCEDIMIENTO Y PLAZOS DE POSTULACIÓN	**Plazo de postulación:** La Ficha de Postulación: "Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2026" y los documentos obligatorios deben ser entregados ,de forma presencial, en la Oficina de Partes Municipal, que se ubica en calle Caupolicán N°399, 1er piso, Los Ángeles. Las postulaciones estarán abiertas desde el **21 de septiembre al 16 de octubre de 2026, de lunes a viernes en horario de 9:00 a 13:30 horas**. Período en el que serán recibidas en un sobre cerrado, tanto la Ficha de Postulación: "Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2026" como 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 y un/a profesional de la Dirección Comunal de Salud, con responsabilidad administrativa, de la Municipalidad de Los Ángeles. No podrán participar de la Comisión evaluadora, los mismos profesionales que realizaron la revisión de los antecedentes del/la postulante y que otorgaron actas de revisión, según lo indicado en el punto de "Procedimiento y plazos de postulación" de las presentes bases. Los/as integrantes de la Comisión Evaluadora deberán firmar una declaración jurada de imparcialidad, independencia y ausencia de conflictos de interés y estará integrada por: - Una profesional Trabajadora Social del Cas Paillihue de la Dirección de Desarrollo Comunitario. -Una profesional Trabajadora Social de Alcaldía (Delegación de San Carlos Purén). - Y un/a profesional del área de la salud Municipal, de profesión médico familiar. Además en caso de ausencia de los titulares, la comisión estará integrada por tres profesionales de las respectivas áreas y unidades ya indicadas, quienes tendrán el cargo de ser suplentes.

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

	La mencionada comisión evaluadora (titulares y suplentes) será aprobada mediante Decreto Alcaldicio y tendrá que cumplir las siguientes funciones: <u>Funciones de la Comisión Evaluadora</u>: 1. Verificar el cumplimiento de los requisitos y antecedentes exigidos en las presentes bases para declarar admisible o inadmisible la postulación, para lo cual la Trabajadora Social emitirá un certificado de evaluación socioeconómica de cada postulante acreditando la vulnerabilidad social o necesidad manifiesta y el profesional médico familiar revisará y evaluará el informe médico para certificar si califica como enfermedad catastrófica. 2. Posteriormente las postulaciones que son declaradas admisibles por la comisión (es decir, cumplen con los requisitos señalados en estas bases) serán evaluadas de acuerdo a los criterios de evaluación señalados en el ítem Evaluación y entrega del beneficio y emitirá un informe dirigido al Sr. Alcalde con la nómina priorizada proponiendo la selección de 35 familias mejor evaluadas para la entrega del beneficio. Además se generará una lista de espera/prelación si la cantidad de postulantes elegibles supera los cupos disponibles. La Comisión realizará la evaluación y revisión de las postulaciones desde **19 de octubre al 30 de octubre del 2026,** 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. Ingreso per cápita, corresponde a la suma de los ingresos totales del grupo familiar informados dividido por el número de integrantes del grupo familiar. 5. Postulante no ha sido beneficiado por el programa social "Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas año 2024 y 2025".
PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	Las presentes bases de postulación año 2026 "Aporte Económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas serán publicadas en la Oficina de Caso Social, Centros de Atención Social y Centros de Atención Rural y mediante publicación en las redes sociales del Municipio.

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTION SOCIAL LOS ÁNGELES

<table>
<tr><td rowspan="9">EVALUACIÓN Y ENTREGA DEL BENEFICIO</td><td colspan="2">Criterios de evaluación</td><td colspan="2">Ponderación</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Nivel de gastos médicos del grupo familiar

*cálculo se realizara en bose a total de gastos médicos del niño (a) con enfermedad catastrófica e ingresos declarados por el grupo familiar.</td><td>Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 70% del ingreso familiar</td><td>100 puntos</td><td rowspan="6">40 puntos</td></tr>
<tr><td>Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 60% y hasta el 70% del ingreso familiar.</td><td>80 puntos</td></tr>
<tr><td>Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 50% y hasta el 60% del ingreso familiar.</td><td>70 puntos</td></tr>
<tr><td>Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 40% hasta el 50% del ingreso familiar.</td><td>60 puntos</td></tr>
<tr><td>Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 30% y hasta el 40% del ingreso familiar.</td><td>50 puntos</td></tr>
<tr><td>Total de gastos médicos del niño (a) son igual o inferiores al 30% del ingreso familiar.</td><td>30 puntos</td></tr>
<tr><td colspan="3">Atenciones médicas o terapias del niño o niña con enfermedad catastrófica fuera de la Comuna de Los Ángeles</td><td colspan="2">20 puntos</td></tr>
<tr><td colspan="3">Integrante del grupo familiar con enfermedad catastrófica o discapacidad (además del niño (a) con enfermedad catastrófica)</td><td colspan="2">15 puntos</td></tr>
<tr><td colspan="3">Postulante no ha sido beneficiado por el programa social "Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas año 2024 y 2025"</td><td colspan="2">20 puntos</td></tr>
<tr><td colspan="3">Postulante ha sido beneficiado por el programa social "Aporte económico para familias con niñas y niños con enfermedades catastróficas año 2024 y/o 2025"</td><td colspan="2">0 puntos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ingreso Per cápita del Grupo familiar del postulante</td><td>Regla de tres considerado el menor valor como base</td><td colspan="2">25 puntos</td></tr>
<tr><td colspan="3">Total</td><td colspan="2">120 puntos</td></tr>
<tr><td>CRITERIOS DE DESEMPATE</td><td colspan="4">En caso de igualdad de puntaje o empate, predominará el ingreso per cápita más bajo presentado por el grupo familiar del/la postulante. Si aun así se mantiene el empate, predominara la postulación que presente, el nivel de gastos médicos del niño o niña postulante con enfermedad catastrófica más altos del grupo familiar.
Si pese a lo anterior, persiste un empate, se considerará al/la postulante que haya ingresado primero su postulación en la Oficina de Partes de la Municipalidad.</td></tr>
</table>

MUNICIPALIDAD DE LOS ÁNGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

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 el Director 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. El aporte se entrega por única vez al grupo familiar durante el año 2026, considerando que los presupuestos son anuales.
PÉRDIDA DEL BENEFICIO	• Cuando la familia cambia de domicilio a otra Comuna, mientras esté vigente el Programa año 2026 "Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas". • Cuando un integrante del grupo familiar ingresa a trabajar al Municipio o trabaja en el Municipio (Salud, Educación, Cementerio y Municipalidad) cualquiera sea su calidad de contractual (mientras esté vigente el Programa año 2026 "Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas"). • Cuando el/la Postulante presente documentación o información falsa. En cuyo caso será informado al Ministerio Público o a los Tribunales de Justicia, según sea el caso.

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	24.01.007.008	$ 70.000.000
		TOTAL	$ 70.000.000

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	Las bases y la ficha de postulación "Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2026" , serán publicados en la página web de la Municipalidad de Los Ángeles.	
CRONOGRAMA	Postulaciones	21 de septiembre hasta el 16 de octubre 2026
	Período de consultas y orientación	21 de septiembre hasta el 16 de octubre 2026
	Evaluación de la comisión	19 de octubre hasta el 30 de octubre 2026
	Publicación de los beneficiarios	10 de noviembre de 2026
RESPONSABLES	• Director (S) de Dirección de Desarrollo Social • Encargada Departamento de Gestión Social	

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES ASESORIA JURIDICA

MUNICIPALIDAD DIRECCION DE CONTROL LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

FICHA DE POSTULACION APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS AÑO 2026

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 de cuenta		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							

Este documento es de uso exclusivo para postulación al Programa
"APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS 2026"

MUNICIPALIDAD * DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL * LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD * DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL * LOS ÁNGELES

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

Nombre Integrante	Diagnostico / Discapacidad

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.

MUNICIPALIDAD * DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL * LOS ÁNGELES

MUNICIPALID... * DEPTO. DE DESA... SOCI... * LOS Á...

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 l 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

MUNICIPALIDAD * DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL * LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD * DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL * LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES
DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

YO _____,

RUN Nº _____,

Declaro:

No tener contacto con mi Padre_____ Madre_____ (marcar con una X)

Don o Doña

_____

RUN Nº_____ **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 _____.

Este documento es de uso exclusivo para postulación al Programa
"APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS 2026"

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES
DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

(Sólo para situaciones que no cuenten con pensión legalizada ante el Juzgado de Familia correspondiente y que NO es el único ingreso del grupo familiar)

YO _____, RUN Nº _____, padre/madre de _____, RUN Nº_____, declaro que entrego la suma mensual de $_____, como aporte para su mantención y que no hemos realizado el trámite correspondiente para legalizar la pensión de alimentos ante el Juzgado de Familia.

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula el alumno individualizado en el presente documento será revocado por la Municipalidad de Los Ángeles.
Además faculto a la Municipalidad de Los Ángeles a solicitar documentación socioeconómica adicional, si fuese necesario.

Firma padre/madre o tutor del/la Postulante

Firma padre/madre declarante

- ✓ Se debe adjuntar certificado de nacimiento del postulante
- ✓ Registro Social de Hogares más certificado de residencia de ambos padres(si no cuenta con RSH, debe presentar Informe Social más Certificado de residencia) (obligatorio)
- ✓ Certificado de Cotizaciones de quien entrega la pensión de alimentos (obligatorio)
- ✓ Última liquidación de sueldo de quien entrega la pensión de alimentos (obligatorio)
- ✓ Se debe adjuntar fotocopia de cédula de identidad de quién entrega la pensión (obligatorio)
- ✓ Si el estudiante declara pensión de alimentos informal, **ésta no puede respaldarse mediante Declaración Jurada notarial.**

LOS ÁNGELES, _____ DE _____ AÑO _____.

Este documento es de uso exclusivo para postulación al Programa
"APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS 2026"

MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL LOS ÁNGELES

MUNICIPALIDAD DEPTO. DE GESTIÓN SOCIAL LOS ÁNGELES

FICHA DE POSTULACION APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS AÑO 2026

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 de cuenta		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

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 I 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

MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES
DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

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 _____.

M**UNICIPALIDAD DE LOS ANGELES**
DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

(Sólo para situaciones que no cuenten con pensión legalizada ante el Juzgado de Familia correspondiente y que NO es el único ingreso del grupo familiar)

YO _____, RUN N° _____, padre/madre de_____, RUN N°_____, declaro que entrego la suma mensual de $_____, como aporte para su mantención y que no hemos realizado el trámite correspondiente para legalizar la pensión de alimentos ante el Juzgado de Familia.

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula el alumno individualizado en el presente documento será revocado por la Municipalidad de Los Ángeles.
Además faculto a la Municipalidad de Los Ángeles a solicitar documentación socioeconómica adicional, si fuese necesario.

Firma padre/madre o tutor del/la Postulante Firma padre/madre declarante

- ✓ Se debe adjuntar certificado de nacimiento del postulante
- ✓ Registro Social de Hogares más certificado de residencia de ambos padres(si no cuenta con RSH, debe presentar Informe Social más Certificado de residencia) (obligatorio)
- ✓ Certificado de Cotizaciones de quien entrega la pensión de alimentos (obligatorio)
- ✓ Última liquidación de sueldo de quien entrega la pensión de alimentos (obligatorio)
- ✓ Se debe adjuntar fotocopia de cédula de identidad de quién entrega la pensión (obligatorio)
- ✓ Si el estudiante declara pensión de alimentos informal, **ésta no puede respaldarse mediante Declaración Jurada notarial.**

LOS ÁNGELES, _____ DE _____ AÑO _____.