



**PROGRAMA SOCIAL  
ÁREA DISCAPACIDAD**

La Directora que suscribe, en su calidad de responsable de la actividad que a continuación se indica, viene a presentar el siguiente programa, el que se encuentra debidamente fundamentado:

**NOMBRE** "VIVO MI VIDA CON ALEGRÍA PUES MI DISCAPACIDAD NO LIMITA MIS PROYECTOS"

**OBJETIVO GENERAL** Fortalecer la participación de grupos de discapacitados de la comuna de Chiguayante.

**FECHA DE REALIZACIÓN** Meses de agosto a diciembre de 2010.

**HORARIO** Según se informa en el programa adjunto

| DETALLE DE GASTOS | ITEM                         | VALOR              | Imputación Presupuestaria |
|-------------------|------------------------------|--------------------|---------------------------|
|                   | Honorarios                   | \$334.000.-        | 21-04-004                 |
|                   | Implementación y Suministros | \$250.000.-        | 22-04                     |
|                   | Difusión                     | \$100.000.-        | 22-07                     |
|                   | Alimentación                 | \$200.000.-        | 22-01                     |
|                   | Movilización                 | \$525.000.-        | 22-08                     |
|                   | <b>TOTAL</b>                 | <b>\$1.409.000</b> |                           |



Vº Bº  
**DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FZAS**



**MONICA ARANEDA LOPEZ**  
**DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO (S)**

Certificado de Disponibilidad N° 86 Imputación Presupuestaria Segun Detalle

**DECRETO N°** 1109 / **CHIGUAYANTE,** 26 JUL. 2010 /

**VISTOS:** Lo dispuesto en la Ley N° 19.486, de fecha 02 de Diciembre de 1996, Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 1997; el Decreto Alcaldicio N° 1661, de fecha 17 de Diciembre de 2009, que aprueba el Presupuesto Municipal del año 2010, y en uso de las facultades que confiere los artículos 12 y 63 de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

**D E C R E T O**

1.- Apruébese el Programa de Actividad Municipal, respaldado por los antecedentes adjuntos.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.



**ERNESTO REYES PAVEZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

TSN/ERR/MAL/OLP/olp.



**TOMÁS SOLÍS NOVA**  
**ALCALDE**

**DISTRIBUCIÓN**

- Dirección Jurídica
- Dirección de Control
- Dirección de Administración y Finanzas
- Secretaria Municipal
- Dirección de Desarrollo Comunitario (2)

**SECRETARIA MUNICIPAL  
CHIGUAYANTE**  
RECIBIDO..... HORA 10:00  
FIRMA 23/07/2010