

**Corporación de Ayuda al  
Niño Enfermo Renal Mater**

Mejoramiento, Atención, Diagnósticos y Tratamiento de  
Enfermedades Renales de Niños - Centro Médico  
Publicidad, Promoción y Organización de Eventos  
R.U.T.: 73.653.000-7

C. MATRIZ: BARROS LUCO 3301 - SAN MIGUEL - SANTIAGO  
FONO: 5568080 - FAX: 5546710

SUCURSAL: SAN IGNACIO 3637 - SAN MIGUEL  
FONO: 555 1043 - FAX: 554 6049  
mail: info@corporacionmater.cl

Certificado que acredita  
donación Art. 46° D.L. N° 3.063

**Nº 001388**

ORIGINAL: DONANTE

SERVICIO IMPUESTOS INTERNO

Fecha Emisión: \_\_\_\_\_

Nombre del Donante: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_

Rut.: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Giro Comercial: \_\_\_\_\_

Monto de la Donación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_)

# Corporación de Ayuda al Niño Enfermo Renal Mater

Mejoramiento, Atención, Diagnósticos y Tratamiento de Enfermedades Renales de Niños - Centro Médico - Publicidad, Promoción y Organización de Eventos

SAN IGNACIO 3637 - SAN MIGUEL - FONO: 22540 1900 - FAX: 22554 6049

E-mail: info@corporacionmater.cl

R.U.T.: 73.653.000-7

Nº 00643

FOLIO Nº:

## CERTIFICADO Nº 25 ACREDITA DONACIONES EFECTUADAS PARA FINES SOCIALES, SEGÚN ARTICULOS 1º Y 1º BIS LEY Nº 19.885

### ANTECEDENTES DEL DONATARIO:

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nº REGISTRO MIDEPLAN : \_\_\_\_\_  
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL : \_\_\_\_\_  
RUT : \_\_\_\_\_  
DOMICILIO : \_\_\_\_\_  
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL : \_\_\_\_\_  
RUT : \_\_\_\_\_

PERIODOS QUE ACREDITA HABER REALIZADO ACTIVIDADES DE LAS SEÑALADAS EN LA LEY 19.885/2003:  
\_\_\_\_\_

TERRITORIOS DONDE REALIZA SU LABOR LA INSTITUCIÓN DONATARIA:

COMUNA: \_\_\_\_\_ REGIÓN: \_\_\_\_\_

INDICAR SI PRESTA ÚNICAMENTE LOS SERVICIOS SEÑALADOS EN NÚMEROS 1 Y 2 DEL ART. 2º LEY 19.885. SI  NO

INDICAR SI SU LABOR ESTÁ CONDICIONADA O DIRIGIDA A BENEFICIAR A CANDIDATOS A CARGO DE ELECCIÓN POPULAR. SI  NO

### ANTECEDENTES DEL PROYECTO FINANCIADO:

FOLIO : \_\_\_\_\_  
NOMBRE : \_\_\_\_\_  
UBICACIÓN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DEL DONANTE:

#### A. DONANTE PERSONA JURIDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL : \_\_\_\_\_  
RUT : \_\_\_\_\_  
GIRO O ACTIVIDAD ECONÓMICA : \_\_\_\_\_  
DOMICILIO : \_\_\_\_\_  
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL : \_\_\_\_\_  
RUT : \_\_\_\_\_

INDICAR SI EL DONANTE PARTICIPA EN LA INSTITUCIÓN DONATARIA SI  NO

INDICAR SI SOCIOS, DIRECTORES, ACCIONISTAS (que posean 10% o más Capital Social) DEL DONANTE PARTICIPAN EN EL DIRECTORIO DE LA INSTITUCIÓN DONATARIA SI  NO

DETALLE DE LOS SOCIOS, DIRECTORES O ACCIONISTAS QUE POSEAN EL 10% O MÁS DEL CAPITAL SOCIAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	RUT	% PARTICIPACIÓN

#### B. DONANTE PERSONA NATURAL

NOMBRE : \_\_\_\_\_  
RUT : \_\_\_\_\_

INDICAR SI EL DONANTE PARTICIPA EN EL DIRECTORIO DE LA INSTITUCIÓN DONATARIA SI  NO

DONANTE HA SIDO CANDIDATO A CARGOS DE ELECCIÓN POPULAR SI  NO

TERRITORIOS DONDE PRESENTO SU CANDIDATURA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL: \_\_\_\_\_  
FECHA DE REALIZADA LA ELECCIÓN: \_\_\_\_\_

ORIGINAL: DONANTE

# Corporación de Ayuda al Niño Enfermo Renal Mater

Mejoramiento, Atención, Diagnósticos y Tratamiento de Enfermedades Renales de Niños - Centro Médico - Publicidad, Promoción y Organización de Eventos

SAN IGNACIO 3637 - SAN MIGUEL - FONDO: 22540 1900 - FAX: 22554 6049

E-mail: info@corporacionmater.cl

R.U.T.: 73.653.000-7

Nº 00643

## ANTECEDENTES DEL PROYECTO FINANCIADO:

FOLIO Nº : \_\_\_\_\_  
NOMBRE : \_\_\_\_\_

DONACIÓN DESTINADA A PROYECTOS O PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENCIÓN Y/O REHABILITACIÓN DE ADICCIONES AL ALCOHOL O DROGAS:

SI  NO

CERTIFICADO EMITIDO POR CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES  
Nº CERTIFICADO: \_\_\_\_\_ FECHA CERTIFICADO: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE LA DONACIÓN:

DESTINO DE LA DONACIÓN : INSTITUCIÓN DEL ART. Nº2 DE LA LEY 19.885

FONDO

MONTO TOTAL DE LA DONACIÓN \$

PORCENTAJE DE LA DONACIÓN EFECTUADA AL FONDO

MONTO DE LA DONACIÓN A LA INSTITUCIÓN \$

%

MONTO DE LA DONACIÓN A LA INSTITUCIÓN EN U.T.M.

MONTO DE LA DONACIÓN AL FONDO MIXTO

%

EN EL CASO QUE UN PORCENTAJE DE LA DONACIÓN ES EFECTUADA AL FONDO MIXTO.

¿DESEA ESPECIFICAR EL ÁREA A LA CUAL DESEA QUE SE DIRIJA LA DONACIÓN?

SI  NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, PUEDE ESPECIFICAR POR TEMA O REGIÓN.

TEMA: POBREZA

REGIÓN

DISCAPACIDAD

COMUNA

INDICAR SI LA DONACION ES IRREVOCABLE

SI

NO

MONTO CUOTA ANUAL DONACION IRREVOCABLE EN U.F.

MONTO TOTAL DE LA DONACION IRREVOCABLE EN U.F.

AÑO DE INICIO DONACION IRREVOCABLE

Nº DE CUOTAS PACTADAS

## TIPO DE IMPUESTO AL CUAL IMPUTA LA DONACIÓN

IMPUESTO DE PRIMERA CATEGORÍA

IMPUESTO ÚNICO SEGUNDA CATEGORÍA

IMPUESTO GLOBAL COMPLEMENTARIO

El donatario certifica que a la fecha de emisión de este documento, ha recibido del donante el monto señalado anteriormente, en cumplimiento de lo dispuesto en el N° 5 del artículo 1° de la Ley N° 19.885, del año 2003, sobre Ley de Donaciones con Fines Sociales.

Nombre, firma y timbre del donatario o del Representante Legal o de la persona autorizada para ello.

ORIGINAL: DONANTE



## C E R T I F I C A D O

El Consejo de Donaciones Sociales, en su sesión del 04 de Mayo de 2015, declaró “elegible para donación directa” la iniciativa folio **N°1052** del Banco de Proyectos denominada “**Centro de Diagnóstico Renal Infantil Mater**” y postulada por la institución **Corporación de Ayuda al Niño Enfermo Renal Mater** inscrita con el **N°146** en el Registro de Donatarios administrado por el Ministerio de Desarrollo Social.

Los donantes que financien estos proyectos pueden acceder a los beneficios tributarios consagrados en la Ley 19.885, sobre Donaciones con Fines Sociales y sus modificaciones posteriores y normas complementarias.

SECRETARIA TÉCNICA DE DONACIONES SOCIALES

E27109-19



Nº/ 0710

SANTIAGO, 08 MAR 2019

Señor  
José Manuel Escala Aguirre  
Presidente  
Corporación de Ayuda al Niño Enfermo Renal MATER  
San Ignacio N°3637  
San Miguel

Estimado Señor Escala,

Por medio de la presente, informamos a Ud. que la petición efectuada el día 31 de enero de 2019 al Consejo de Donaciones Sociales, en la cual solicitan aumentar el plazo de vigencia en 36 meses de la iniciativa N°1052 del Banco de Proyectos: "**Centro de Diagnóstico Renal Infantil Mater**" ha sido revisada en sesión de fecha 04 de enero de 2019 siendo aceptada por el Consejo.

Sin otro particular, se despide atentamente de usted,

  
**Martin García Acuña**  
SECRETARIO TÉCNICO  
DONACIONES SOCIALES

  
GGZ/MJS/CSS

