

CERTIFICADO N° 25
ACREDITA DONACIONES EFECTUADAS PARA FINES SOCIALES, SEGÚN
ARTÍCULOS 1° Y 1° BIS LEY N° 19.885

N° 000058

_____, FECHA DE EMISIÓN ____/____/____

ANTECEDENTES DEL DONATARIO:

N° REGISTRO MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL: **629**

RAZÓN SOCIAL: **Fundación Sonrisas RUT. 65.066.753-0** DOMICILIO: **General Bustamante 26 Piso 7, Providencia.**

REPRESENTANTE LEGAL: **Francisco Ortúzar Cruz RUT: 10.566.642-k**

PERIODOS QUE ACREDITA HABER REALIZADO ACTIVIDADES DE LAS SEÑALADAS EN LA LEY 19.885/2003: **Enero 2013.**

TERRITORIOS DONDE REALIZA SU LABOR LA INSTITUCION DONATARIA: **Nacional.**

Indicar si presta únicamente los servicios señalados en números 1 y 2 DEL ART. 2° 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 DESARROLLARA EL PROYECTO: _____

ANTECEDENTES DEL DONANTE:

A. DONANTE PERSONA JURIDICA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL: _____ RUT _____

GIRO/ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ DOMICILIO _____

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)

SI ☐ NO ☐

DEL DONANTE PARTICIPAN EN EL DIRECTORIO DE LA INSTITUCION DONATARIA

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL	RUT	% PARTICIPACION

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 INSCRIPCION EN EL REGISTRO ELECTORAL: _____

FECHA DE REALIZADA LA ELECCIÓN: _____

ANTECEDENTES DEL PROYECTO FINANCIADO:

FOLIO: _____ 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

N° CERTIFICADO: _____ FECHA CERTIFICADO: _____

ANTECEDENTES DE LA DONACION:

DESTINO DE LA DONACIÓN: INSTITUCIÓN DEL ART. N°2 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.