MUNICIPALIDAD DE BULNES
Area Salud
Dirección de Administración y Finanzas
R.U.T. : 069141200-8

Decreto N° 1061

BULNES, 01/08/2025
Monto: 95,973

Vistos :

Lo dispuesto en los art. 12° y terceros transitorio DFL 28 - 18.992 y lo dispuesto en la Ley N° 18.695,Orgánica Constitucional de Municipalidades y Considerando los antecedentes adjuntos :

DECRETO:

El Tesorero Municipal Pagará a JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
La Cantidad de $ 95,973 NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS
Correspondiente a RENDICION FONDO FIJO JULIO 2025
Fecha de Pago 01/08/2025

Documento	Numero	Fecha	Monto
RENDICION	7	01/08/2025	95,973

REFRENDACION

Cuenta					
Saldo Presup.					

ANOTESE COMUNIQUESE Y DESE CUENTA.

COMPROBANTE DEVENGAMIENTO :

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
	Totales	0	0

COMPROBANTE DE EGRESO : ASIENTO N°..... FECHA .....

EGRESO N° 1061; FECHA 06.08.2025 CHEQUE N° 87866343 $ 95.973

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta	95,973	
111-02-01-001-000-000	Banco Estado - Presupuesto		95,973
	Totales	95,973	95,973

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES JEFE DEPTO. SALUD

MARIO URRA ZAMBRANO
JEFE DEPARTAMENTO DE SALUD

ILUSTRE MUNICIPALIDAD ADMINISTRADOR MUNICIPAL BULNES

ULISES AEDO VALDES
ADM MUNICIPAL Por orden del Sr.Alcalde

I. MUNICIPALIDAD FINANZAS DEPTO. SALUD BULNES

EUGENIA GUTIERREZ PEZO
ENCARGADA DE FINANZAS

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DIRECTOR DE CONTROL BULNES

DAVID SANCHEZ AVALOS
DIRECTOR DE CONTROL

V°B° TESORERIA

FECHA DE PAGO ____DE _____DE_____

FIRMA DEL INTERESADO Y RUT

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES SECRETARIO MUNICIPAL (S)

RODRIGO SAN MARTIN GODOY
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

05 AGO. 2025

BULNES
DESAMU

BULNES
MUNICIPALIDAD

Rendición gastos menores
Depto. Salud Bulnes

RENDICION MES DE JULIO 2025 PLANILLA N° 07

DETALLE GASTOS			
NOMBRE	**N° FORMULARIO**	**N° BOLETAS**	**Monto $**
CLAUDIO LIZAMA	1		$9.400
ESTEFANIA CONTRERAS	2	20250527170621832170348O/25070717062183213000 60	$20.000
ESTEFANIA CONTRERAS	3	54947825	$7.430
CLAUDIO LIZAMA	4	118589	$5.810
RICARDO CARTES	5		$10.200
ESTEFANIA CONTRERAS	6	55020395	$7.433
RICARDO CARTES	7		$1.600
RICARDO CARTES	8	17789	$12.000
RICARDO CARTES	9		$11.050
RICARDO CARTES	10		$11.050
		MONTO TOTAL A RENDIR	**$95.973**

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
JEFE
DEPTO. SALUD

JHASSNA OTAROLA

APOYO FINANZAS
DESAMU

MARIO URRA ZAMBRANO JEFE
DEPTO. SALUD BULNES

DEVENGADO N° 1350

BÚLNES
DESAMU

Formulario Nro. 1
Rendición gastos menores
Fecha Solicitud: 07/07/2025 .

BÚLNES
MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Claudio Espinoza Muñoz		
RUT	[redacted]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica	Plazo Fijo.	Cargo	Tec. SALUD
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido	Concepción.		
Descripción breve cometido	PAGO PEAJES.		

Marcar con una X según corresponda

	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
X	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto $
	07/07/2025	PAGO PEAJES Concepcion.	$ 4.300.
	07/07/2025	PAGO PEAJES Concepcion.	$ 4.300.
	07/07/2025	Entrada p Bulnes	$ 800
		MONTO TOTAL RENDIDO	$ 9.400.

Firma Solicitante

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

BULNES DESAMU

Formulario Nro. 2
Rendición gastos menores
Fecha Solicitud: 07/07/25

BULNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Estefania Cartes Riquelme		
RUT			
Perteneciente a la Direcció		Salud municipal.	
Calidad Juridica	plazo fijo	Cargo	Directora CESFAM.
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido	Bulnes.		
Descripción breve cometido	Recarga celulares CESFAM.		

Marcar con una X según corresponda

X	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto $
BCAHOV2025 0527170648 32 1703480	27/05/25	Recarga celular Crónico - CESFAM	$10.000
BCAHOV2025 0707170621832 1300060	07/07/25	Recarga celular Crónico CESFAM.	$10.000
	MONTO TOTAL RENDIDO		$20.000

V°B. JEFE DEPTO. SALUD MUNICIPALIDAD DE BULNES

Firma Solicitante

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

Monto	**$20.000**
Mensaje	**Devolucion recargas**

Destinatario

Nombre	**Estefania Ernestina Contreras**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	

Fecha y hora	**09/07/2025 11:09:31**
N° de operación	**7004812**

Operación Realizada

BULNES DESAMU

Formulario Nro. 3

Rendición gastos menores

Fecha Solicitud: 08/07/25

BULNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Estefanía Contreras Riquelme		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de		Salud municipal.	
Calidad Juridica	plazo fijo	Cargo	Dirección Cesfam.
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido	Bulnes.		
Descripción breve cometido	Envio de Biopsias		

Marcar con una X según corresponda

X	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS			
N° Documento	**Fecha Documento**	**Descripción del Gasto** (Especificar el gasto efectuado)	**Monto $**
5494 7825	07/07/25	Envio Biopsias	$ 7430.-

MONTO TOTAL RENDIDO $ 7.430.-

JEFE DEPTO. SALUD MUNICIPALIDAD DE BULNES

Firma Solicitante

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

Monto	**$7.430**
Mensaje	**Devolucion biopsias**

Destinatario

Nombre	**Estefania Ernestina Contreras**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	

Fecha y hora	**09/07/2025 11:10:55**
N° de operación	**7007431**

Operación Realizada

BULNES DESAMU

Formulario Nro. 4:
Rendición gastos menores
Fecha Solicitud: 08/07/25

BULNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	claudio Lizama muñoz		
RUT	[redacted]		
Perteneciente a la Dirección o De[redacted]amento de			
Calidad Juridica	Plazo Fijo	Cargo	chofer
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido			

Marcar con una X según corresponda

X	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS			
N° Documento	**Fecha Documento**	**Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)**	**Monto $**
	27/06/25	traslado de paciente Hospital chillan	$800 ✓
118589	01/07/25	Bencina para la cortadora de pasto	$5010 ✓

MONTO TOTAL RENDIDO $5.810 ✓

Firma Solicitante

V.B. JEFE DEPTO. SALUD I. MUNICIPALIDAD DE BULNES

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

Pasado 09/07/25

BOLNES
DESAMU

BOLNES
MUNICIPALIDAD

MEMORANDUM INTERNO Nº562

DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Claudio Lizama Muñoz
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario.

Santa Clara, 26 junio de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán motivo traslado de paciente del cesfam Santa Clara a hospital Herminda Martín Chillan furgón patente kjxp81 el día 27 de junio 2025, desde las 15:40 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,

DIRECTORA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/magc
Distribuciòn:
La indicada
Archivo Cesfam.

BULNES DESAMU

Formulario Nro. 5

Rendición gastos menores

Fecha Solicitud: 14-07-2025

BULNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Ricardo Andrés Cortes Echeverría		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o D		Salud.	
Calidad Juridica	Contrata	Cargo	conductor
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	09-07/14-07/11-07
Ciudad/Lugar Cometido	Chillan / TALCA		
Descripción breve cometido	Traslado Pcte Chillán - TALCA.		

Marcar con una X según corresponda

X	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto $
	09/07/25	Peaje	$800.=
	09/07/25	Peaje	$800.=
	11/07/25	Peaje	$800.=
	11/07/25	Peaje	$800.=
	14/07/25	Peaje	$800.=
	14/07/25	Peaje	$3.100.=
	14/07/25	Peaje	$3.100.=
		MONTO TOTAL RENDIDO	$ 10.200.=

Firma Solicitante

V°B. JEFE DEPTO. SALUD MUNICIPALIDAD DE BULNES

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, *cionamiento y otros similares de honorarios* deben adjuntar el cometido informado.

BALNES
DESAMU

BALNES
MUNICIPALIDAD

MEMORANDUM INTERNO Nº 607

DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara
A : Ricardo Cartes Echeverria.
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario

Santa Clara, 11 julio de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Talca motivo traslado de paciente a centro médico 4 norte 587 en furgón patente kjxp81 el día 14 de julio 2025, desde las 06:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,

ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara

AFA/magc
Distribuciòn:
La indicada
Archivo Cesfam.

BULNES
DESAMU

BULNES
MUNICIPALIDAD

MEMORANDUM INTERNO Nº 606

DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara
A : Ricardo Cartes Echeverria.
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario

Santa Clara, 11 julio de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán motivo traslado de paciente A hospital Herminda Martín en furgón patente kjxp81 el día 11 de julio 2025, desde las 13:15 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,

DIRECTOR

ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara

AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

BÚLNES
DESAMU

BÚLNES
MUNICIPALIDAD

MEMORANDUM INTERNO Nº 603

DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Ricardo Cartes Echeverria
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario

Santa Clara, 08 julio de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán motivo traslado de pacientes del cecosf Tres Esquinas y Cesfam Santa Clara a centro médico medyrem por eco mamaria furgón patente kjxp81 el día 09 de julio 2025, desde las 13:40 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,

CENTRO DE SALUD FAMILIAR SANTA CLARA DIRECTOR

ESTEFANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/magc
Distribuciòn:
La indicada
Archivo Cesfam.

Comprobante de Transferencia

Monto	**$10.200**
Mensaje	**Devolucion de gastos**

Destinatario

Nombre	**Ricardo Andres Cartes**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	

Fecha y hora	**15/07/2025 17:22:48**
N° de operación	**8012524**

Operación Realizada

BULNES DESAMU

Formulario Nro. 6?

Rendición gastos menores

Fecha Solicitud: 21/07/25

BULNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Estefania Contreras Riquelme		
RUT	[illegible]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de		Salud municipal.	
Calidad Juridica	Planta fijo	Cargo	Directora Cesfam.
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido	Bulnes		
Descripción breve cometido	Devolución Biopsia.		

Marcar con una X según corresponda

✓	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS			
N° Documento	**Fecha Documento**	**Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)**	**Monto $**
550203 PS	15/07/25	Euro Biopsia Cirugía menor	$7433.

MONTO TOTAL RENDIDO $ 7433.

Firma Solicitante

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

Monto	**$7.433**
Mensaje	**Devolucion de gastos**

Destinatario

Nombre	**Estefania Ernestina Contreras**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	
Fecha y hora	**22/07/2025 17:01:44**
Nº de operación	**7079879**

Operación Realizada

Comprobante de Transferencia

Monto	**$1.600**
Mensaje	**Peajes pendiente rendicion**

Destinatario

Nombre	**Ricardo Andres Cartes**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	

Fecha y hora	**22/07/2025 13:20:25**
N° de operación	**7001175**

Operación Realizada

BULNES DESAMU

Formulario Nro. 8

Rendición gastos menores

Fecha Solicitud: 24.07.2025

BULNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Ricardo Cortes F.		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	Salud.		
Calidad Juridica	Contrata	Cargo	Conductor
Nro. Cometido/Viatico/Autorización	—	Fecha Cometido	—
Ciudad/Lugar Cometido	—		
Descripción breve cometido	Gastos vulcanizacion Furgón KJXP31		

Marcar con una X según corresponda

X	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto $
4789	24/07/25	Vulcanizacion, Reposicion "Pinchazo" y Costo Neumatico repuesto	$12.000.=

MONTO TOTAL RENDIDO $ 12.000.=

Firma Solicitante

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

V.B. JEFE DEPTO. SALUD MUNICIPALIDAD DE BULNES

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

~~Comprobante de transferencia~~

Monto	**$12.000**
Mensaje	**Devolucion gastos vulcanizacion**

Destinatario

Nombre	**Ricardo Andres Cartes**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	

Fecha y hora	**24/07/2025 14:16:02**
N° de operación	**7061442**

Operación Realizada

BULNES DESAMU

Formulario Nro. 9
Rendición gastos menores
Fecha Solicitud: 28. 07. 2025

BULNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Ricardo Cortes E.		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	Salud.		
Calidad Juridica	Contrata	Cargo	Conductor
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	25/07/2025
Ciudad/Lugar Cometido	Concepción Sanatorio Aleman.		
Descripción breve cometido	Traslado Pac. a Radioterapia.		

Marcar con una X según corresponda

	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
X	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto $
	25/07	Peaje	$4.300.=
	25/07	Peaje	$4.300.=
	25/07	Peaje	$1650.=
	25/07	Peaje	$ 800.=
		MONTO TOTAL RENDIDO	$ 11.050.=

Firma Solicitante

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES JEFE DEPTO. SALUD

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

BULNES
DESAMU

BULNES
MUNICIPALIDAD

MEMORANDUM INTERNO Nº 636

DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Ricardo Cartes Echeverria.
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario

Santa Clara, 24 julio de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción motivo traslado de paciente a Sanatorio alemán en furgón patente kjxp81 el día 25 de julio 2025, desde las 09:45 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,

ESTEFANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/magc
Distribuciòn:
La indicada
Archivo Cesfam.

Monto	**$20.000**
Mensaje	**Pendiente rendicion viaje conce**

Destinatario

Nombre	**Ricardo Andres Cartes**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	

Fecha y hora	**24/07/2025 16:43:41**
N° de operación	**7012732**

Operación Realizada

BOLNES DESAMU

Formulario Nro. 10;
Rendición gastos menores
Fecha Solicitud: 29.07.2025.

BOLNES MUNICIPALIDAD

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE				
Nombre completo	Ricardo Cortes Valenzuela			
RUT				
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	Salud.			
Calidad Juridica	Contrata	Cargo	Conductor	
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	23/07/25	
Ciudad/Lugar Cometido	Clinica Sanatorio Alemán Concepción			
Descripción breve cometido	Traslado Par.			

Marcar con una X según corresponda

	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
X	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

DETALLE GASTOS

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto $
	28/07/25	Peaje	$300. =
	28/07/25	Peaje	$4.300 =
	28/07/25	Peaje	$1.650 =
	28/07/25	Peaje	$800.
		MONTO TOTAL RENDIDO	$ 11.050

Firma Solicitante

CENTRO DE SALUD FAMILIAR SANTA ... DIRECTOR

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

MUNICIPALIDAD DE BULNES JEFE DEPTO. SALUD

Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido valido, firmado y timbrado por Director/jefatura correspondiente. En caso de rendición peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

BÍLNES
DESAMU

BÍLNES
MUNICIPALIDAD

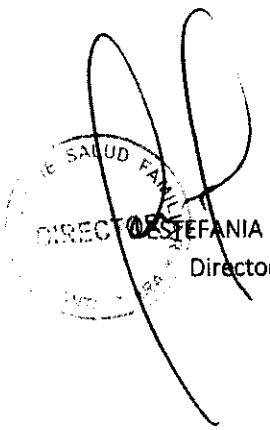
MEMORANDUM INTERNO Nº639

DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Ricardo Cartes Echeverrria
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario.

Santa Clara, 25 julio de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción motivo traslado de paciente del Cecosf Tres Esquinas a Sanatorio Alemán furgón patente kjxp81 el día 28 de julio 2025, desde las 09:45 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,



STEFANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/magc
Distribuciòn:
La indicada
Archivo Cesfam.

Monto	**$11.050**
Mensaje	**Pendiente rendir fondo fijo viaje conce**

Destinatario

Nombre	**Ricardo Andres Cartes**
RUT	
Banco	
Cuenta	

Cuenta de origen

Cuenta	
Fecha y hora	**09:00:13**
N° de operación	**7089031**

Operación Realizada

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
AREA SALUD

Fecha 01/08/2025
Hora 09:04:55

TRASPASO

Comprobante	56	Fecha	01/08/2025
Rut		Nombre	JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
Departamento		Centro Costo	
Tipo Doc.	RENDICION	Numero Doc.	7
Glosa	RENDICION FONDO FIJO JULIO 2025		

Banco	Banco Estado-Presupuesto			Fecha Cheque	/ /
Decreto pago		Nº Egreso			

DETALLE DEL COMPROBANTE			
Código Cuenta	Descripción	Debe	Haber
215-22-12-002-000-000	Gastos Menores		95,973
532-12-00-000-000-000	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	95,973	
215-22-12-002-000-000	Gastos Menores	95,973	
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta		95,973
	Total	191,946	191,946

BancoEstado 24 HORAS

LIQUIDACION DE PAGO

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BULNES	06-08-2025 13:00:35
Empresa / Institucion pagadora	Fecha Liquidacion

Jhassna Andrea Otarola Otarola	
Nombre Beneficiario	Rut Beneficiario

	$ 95.973
Identificador de Pago	Total Liquido a pagar

EL TOTAL LIQUIDO A PAGAR HA SIDO CANCELADO DE ACUERDO A LA MODALIDAD DE PAGO INFORMADO

Abono en Chequera Electrónica / Cuenta Vista	878665343	BANCOESTADO		06-08-2025
Modalidad de Pago	Numero de operación	Banco	Sucursal de pago	Fecha de Cobro

DETALLE DEL PAGO

BancoEstado BancoEstado