

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

Decreto N° 1509
BULNES, 02/10/2025
Monto: 114,169

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 :

El Tesorero Municipal Pagará a JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
La Cantidad de \$ 114,169 CIENTO CATORCE MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS
Correspondiente RENDICION FONDO FIJO SEPTIEMBRE 2025
a
Fecha de Pago 02/10/2025

DECRETO:
R [Redacted]

Documento	Numero	Fecha	Monto
RENDICION	9	02/10/2025	114,169

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° 1509 ; FECHA 09. 10. 2025 CHEQUE N° 894254990 114.169.

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta	114,169	
111-02-01-001-000-000	Banco Estado - Presupuesto		114,169
	Totales	114,169	114,169


MARIO URRA ZAMBRANO
JEFE DEPARTAMENTO DE SALUD


EUGENIA GUTIERREZ PEZO
ENCARGADA DE FINANZAS


ULISES AEDO VALDES
ADMINISTRADOR MUNICIPAL Por orden del Sr. Alcalde


DAVID SANCHEZ AVALOS
DIRECTOR DE CONTROL

V°B° TESORERIA

FECHA DE PAGO ____ DE ____ DE ____

FIRMA DEL INTERESADO Y RUT


RODRIGO SAN MARTIN GODOY
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

08 OCT. 2025

5100
06 OCT 2025
DIRECCION DE CONTROL
I.M.B.

Rendición gastos menores
Depto. Salud Bulnes

RENDICION MES DE SEPTIEMBRE 2025 PLANILLA N° 09

DETALLE GASTOS			
NOMBRE	N° FORMULARIO	N° BOLETAS	Monto \$
RICARDO CARTES	1		\$9.400
ESTEFANIA CONTRERAS	2	202508251706218321545440	\$10.000
CLAUDIO LIZAMA	3	1437458	\$6.010
CARLOS JARA VASQUEZ	4		\$12.710
EDUARDO CASTILLO	5		\$10.100
CARLOS JARA VASQUEZ	6		\$9.400
RODRIGO CANCINO MELO	7		\$30.800
RODRIGO CANCINO MELO	8		\$16.950
FRANCISCO CARRASCO MORALES	9		\$6.000
AULINA MUÑOZ JARA	10		\$2.799
MONTO TOTAL A RENDIR			\$114.169



JHASSNA OTAROLA
 APOYO FINANZAS
 DESAMU




MARIO URZA ZAMBRANO JEFE
 DEPTO. SALUD BULNES

DEVENIDO N°
 1703

04 SEP 2025



Formulario Nro. 1
 Rendición gastos menores
 Fecha Solicitud: 01/09/25



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Ricardo Carras B.		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de	Salud.		
Calidad Jurídica	Comunero	Cargo	Conductor
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	29/08/25
Ciudad/Lugar Cometido	Concepción		
Descripción breve cometido	Traslado para retirar CCP.		

Marcar con una X según corresponda

<input type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
<input checked="" type="checkbox"/>	RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA (si a usted le entregaron fondos y desea rendir)

MONTO a Rendir \$ 20.000.- Excedente \$ 10.600.-

DETALLE GASTOS			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
	29/08/25	Peaje	\$ 4.300. = ✓
	29/08/25	Peaje	\$ 4.300. = ✓
	29/08/25	Peaje	\$ 800. = ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 9400. = ✓

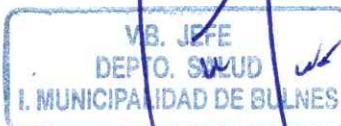
[Handwritten Signature]

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.



MEMORANDUM INTERNO Nº 706

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

Santa Clara, 27 agosto de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción motivo traslado de paciente del Cecosf Tres Esquinas a instituto Teletón furgón patente kjxp81 el día 29 de agosto 2025, desde las 07:00 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

[Redacted area]

Sin otro particular, atentamente a usted.,



ESTEFANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

15:59



Monto \$10.000

Mensaje Devolucin de gastos

Destinatario

Nombre Estefania Ernestina Contreras

RUT [Redacted]

Banco BancoEstado

Cuenta CuentaRUT [Redacted]

Cuenta de origen

Cuenta Cuenta Pro [Redacted]

Fecha y hora 04/09/2025

15:58:54

N° de operación 7031833



Compartir comprobante

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE

Nombre completo		<u>domingo Sigoma muniz</u>	
RUT		[Redacted]	
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica		Cargo	<u>chofer</u>
Pro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido			

Marcar con una X según corresponda

<input checked="" type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
<input type="checkbox"/>	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 \$
<u>137458</u>	<u>06/09/25</u>	<u>compra de Bencina para controladora de peaje</u>	<u>\$ 6.010</u>
MONTO TOTAL RENDIDO			<u>\$ 6.010</u>

[Firma]
 Firma Solicitante



[Firma]
 V°B° Firma y Timbre Director Responsable

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

Comprobante de Transferencia

Monto \$6.010

Mensaje Devolucion gastos

Destinatario

Nombre Claudio Gabriel Lizama

RUT [Redacted]

Banco BancoEstado

Cuenta Cuenta Vista

Cuenta de origen

Cuenta Cuenta Pro

Fecha y hora 10/09/2025

09:06:20

N° de operación 7023889



MEMORANDUM INTERNO Nº 723

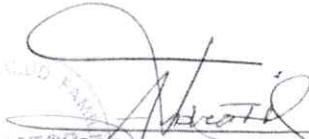
DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara
A : Carlos Jara Vasquez
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario.

Santa Clara, 03 septiembre de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción motivo traslado de paciente del Cecosf Tres Esquinas a hospital regional furgón patente kxp81 el día 08 de septiembre 2025, desde las 06:00 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.



Sin otro particular, atentamente a usted.,


DIRECTORA ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara

AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

MEMORANDUM N°579

DE : DIRECTORA(S) CESFAM SANTA CLARA
A : CARLOS JARA VASQUEZ
 CHOFER CESFAM SANTA CLARA.

MAT : TRASLADO CHILLAN.

SANTA CLARA, 02 de julio 2025.

Junto con saludar, solicito a usted viajar a la ciudad de Chillán cometido trasladar a funcionaria ACHS desde el cecosf Tres Esquinas en camioneta patente lwhz82 , el día 02 de julio 2025 desde las 12:30 horas en adelante.

Sin otro particular, atentamente.,



Andréa Flores Aguilera
ANDREA FLORES AGUILERA
DIRECTORA(S) CESFAM SANTA CLARA

AFA/magc
Distribución:

- La indicada
- Archivo.

Monto

\$12.710

Mensaje

**Pago gastos
peajes**

Destinatario

Nombre

**Carlos Edmundo
Jara**

RUT

[Redacted]

Banco

BancoEstado

Cuenta

CuentaRUT

[Redacted]

**Cuenta de
origen**

Cuenta

Cuenta Pro

[Redacted]

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE

Nombre completo	<u>EDUARDO CASTILLO CHAVEZ</u>		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de	<u>SALUD</u>		
Calidad Juridica	<u>Planta</u>	Cargo	<u>CONDUCTOR</u>
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido	<u>CHILLAN</u>		
Descripción breve cometido	<u>VIAJES CHILLAN</u>		

Marcar con una X según corresponda

<input checked="" type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
<input type="checkbox"/>	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 \$
<u>10952</u>	<u>19-08-25</u>	<u>HOSPITAL CHILLAN</u>	<u>800</u> ✓
<u>1006106</u>	<u>19-08-25</u>	<u>CHILLAN - BULNES</u>	<u>800</u> ✓
<u>10952</u>	<u>22-08-25</u>	<u>HOSP. CHILLAN - CLINICA MEDYREM</u>	<u>800</u> ✓
<u>10558</u>	<u>27-08-25</u>	<u>ESTAFETA CHILLAN</u>	<u>800</u> ✓
<u>51676071</u>	<u>27-08-25</u> ✓	<u>'' ''</u>	<u>840</u> ✓
<u>11286</u>	<u>29-08-25</u>	<u>HOSP. CHILLAN - B. CENTRAL - E. MEDYREM</u>	<u>800</u> ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ <u>4840</u>

[Firma]
Firma Solicitante

[Firma]
V°B° Firma y Timbre Director
Responsable

Total \$ 10.100.
Planchas

MUNICIPALIDAD DE BULNES
DEPTO. DE SALUD

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

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	EDUARDO CASTILLO CHAVEZ		
RUT	[REDACTED]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	SALUD		
Calidad Juridica	Plante	Cargo	CONDUCTOR
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido	CHILIAN		
Descripción breve cometido	VIAJE - CHILIAN		

Marcar con una X según corresponda

<input checked="" type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
<input type="checkbox"/>	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 \$
10707	06-08-25	ESTAFETA CHILIAN	800 ✓
11495	14-08-25	BODEGA CENTRAL SSÑ	800 ✓
99999	14-08-25	CHILIAN - BULNES	800 ✓
10204	18-08-25	ESTAFETA CHILIAN	800 ✓
0788898	18-08-25	" "	660 ✓
1495	13-08-25	" "	800 ✓
3820679	13-08-25	" "	600 ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 5260

Firma Solicitante


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 por viajes, honorarios y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

DECRETO ALCALDICIO N° 4638
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

VISTOS: 12 AGO. 2025

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día miércoles 06 de Agosto del 2025, desde el CESFAM Santa Clara por cometidos de Servicio.

2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Organica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

3.- Decreto Alcaldicio N° 7422 de fecha 06 de diciembre de 2024, que nombra en cargo de alcalde titular de la Comuna de Bulnes, a don Gonzalo Andrés Bustamante Tricóso, F.U.

DECRETO:

1.- Autorícese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el día miércoles 06 de Agosto del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente TVSZ45.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ñuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.
Retiro de resultado de mamografías

Hospital Hermina Martín:

-Envío y retiro de PAP (Anatomía) y VIH (patología)
- Retiro de Medicamentos en farmacia.

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Médico med. v. n. m.
Caja Los Andes.

2 - Imputese los gastos de peajes y viaticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVASE.,


SECRETARÍA MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE BULNES
MUNDO RÍGO SAN MARTÍN GODOY
Secretario Municipal (s)
Ulises Aedo Valdés


ILUSTRE MUNICIPALIDAD
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
ULISES AEDO VALDÉS
Administrador Municipal

Distribución: Oficina de partes e información - Municipalidad de Bulnes, Archivo RRH (DESAMU)

MEMORANDUM N°687

DE : DIRECTORA CESFAM SANTA CLARA
A : EDUARDO CASTILLO CHAVEZ
CHOFER CESFAM SANTA CLARA.

MAT : TRASLADO CHILLAN.

SANTA CLARA, 14 de agosto 2025.

Junto con saludar, solicito a usted viajar a la ciudad de Chillán cometido bodega central , camioneta patente tvsz45, el día 14 de agosto 2025 desde las 08:30 horas en adelante.

Sin otro particular, atentamente.,



ESTEFANIA CONTRERAS RIQUELME
DIRECTORA CESFAM SANTA CLARA

ECR/magc

Distribucion:

- La indicada
- Archivo.

DECRETO ALCALDICIO N° 4809
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

VISTOS: **20 AGO. 2025**

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día lunes 18 de Agosto del 2025, desde el CESFAM Santa Clara por cometidos de Servicio.

2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Organica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

3.- Decreto Alcaldicio N° 7422 de fecha 06 de diciembre de 2024, que nombra el cargo de alcalde titular de la Comuna de Bulnes, a don Gonzalo Andrés Bustamante Troncoso, RUT:

DECRETO:

1.- Autorícese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el día lunes 18 de Agosto del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente TVSZ45.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ñuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.
Retiro de resultado de mamografías

Hospital Hermina Martín:

-Envío y retiro de PAP(Anatomía) y Vm (patología)
- Retiro de Medicamentos en farmacia

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Medico medyrem

2.- Imputese los gastos de peajes y viaticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVASE.,



UAV/RSMG/ESP/pmi

Distribución: Oficina de Asesoría e Informaciones Municipalidad de Bulnes, Archivo PRHE DESAMU

ULISES AEDO VALDÉS
Administrador Municipal

28 AGO 2025

DECRETO ALCALDICIO N° 4729
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,
14 AGO. 2025

VISTOS:

- 1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día miércoles 13 de Agosto del 2025, desde el CESFAM Santa Clara por cometidos de Servicio.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Organica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.
- 3.- Decreto Alcaldicio N° 7422 de fecha 06 de diciembre de 2024, que nombra en el cargo de alcalde titular de la Comuna de Bulnes, a don Gonzalo Andrés Bustamante Troncoso, RUT

DECRETO:

- 1.- Autorícese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el día miércoles 13 de Agosto del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente TV5245.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ñuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.
Retiro de resultado de mamografías

Hospital Herminda Martin:

-Envío y retiro de PAP Anatomía y V.H (patológico)
- Retiro de Medicamentos en farmacia

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Medico medyrem
Imprenta Navarro

- 2.- Imputese los gastos de peajes y viaticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVASE.,



Distribución: Oficina de partes e Informaciones Municipalidad de Bulnes. Archivo RRHH DESAMU

MEMORANDUM INTERNO Nº 699

DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuarios.

Santa Clara, 22 de agosto 2025.-

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por cometidos de servicios en la camioneta patente TVSZ45, el día 22 de agosto 2025, desde las 09:00 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Entrega de Pap hospital de Chillan.-

Retiro de vacunas en la central

Retiro de exámenes MEDYREM Centro medico. Avenida Libertad 1035 Chillan.-

Sin otro particular, atentamente a usted.,


Andrea Flores Aguilera
Directora(s) Cesfam Santa Clara



AFA/mjem

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.

DECRETO ALCALDICIO N°
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

5002

27 AGO. 2025

VISTOS:

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día miércoles 27 de Agosto del 2025, desde el CESFAM Santa Clara por cometidos de Servicio.

2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Organica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

3.- Decreto Alcaldicio N° 7422 de fecha 06 de diciembre de 2024, que nombra el cargo de alcalde titular de la Comuna de Bulnes, a don Gonzalo Andrés Bustamante Troncoso, RUT:

DECRETO:

1.- Autorícese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el día miércoles 27 de Agosto del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente TVSZ45.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ñuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminda Martin:

-Envío y retiro de PAP (Anatomía) y VIH (patología)
- Retiro de Medicamentos en farmacia.

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Medico medyrem
Caja Los Andes
Isapre Colmena

2.- Imputese los gastos de peajes y viaticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVASE.,


SECRETARÍA MUNICIPAL
RODRIGO SAN MARTIN GODOY
Secretario Municipal (s)
UAV/RSM/G/EEP/pml


ULISES AEDO VALDÉS
Administrador Municipal

Distribución: Oficina de partes e Informaciones Municipalidad de Bulnes. Archivo RRHH DESAMU

MEMORANDUM INTERNO Nº 710

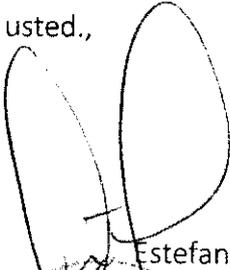
DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta JMC-45
MAT. : cometidos de servicios.-

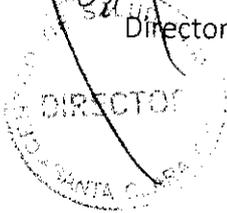
Santa Clara, 29 de agosto 2025

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por cometidos de servicios el dia 29 de agosto 2025 desde las 09:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

- Entrega, recibo de Pap hospital Hermina Martin de Chillan
- Retiro de exámenes en centro medico MEDYREM
- Y otros.-

Sin otro particular, atentamente a usted.,


Estefania Contreras Chavez
Directora Cesfam Santa Clara



ECR/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.

09:31



Comprobante de Transferencia

Monto **\$10.100**

Mensaje **Devolucion de
gastos peajes**

Destinatario

Nombre **Eduardo Ernesto
Castillo**

RUT [Redacted]

Banco [Redacted]

Cuenta [Redacted]

**Cuenta de
origen**

Cuenta [Redacted]

Fecha y hora **17/09/2025**

09:31:40

Nº de operación **7018988**



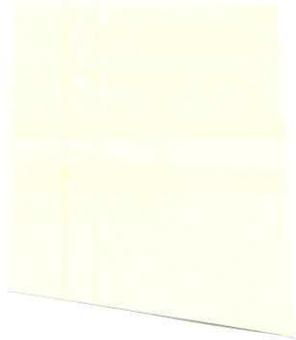
DE : Directora (s) Cesfam Santa Clara
A : Carlos Jara .Vasquez
Chofer- Auxiliar furgon kjxp.81
MAT. : Traslado de paciente

Santa Clara, 12 de septiembre 2025

Estimado, solicito traslado a la ciudad de Concepción, Sanatorio Aleman y hospital regional de Concepción, sector Tres Esquinas el día lunes 15 de septiembre de 2025, desde las 05:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

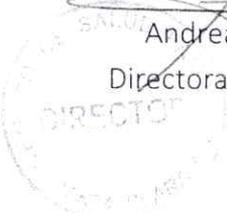
Paciente
Hora de atención

Paciente
Hora atención



Sin otro particular, atentamente a usted.,


Andrea Flores Aguilera
Directora(s) Cesfam Santa Clara



AFA/mjem.
Distribución:
La indicada

09:42



Comprobante de Transferencia

Monto \$9.400

Mensaje Devolucion gastos

Destinatario

Nombre Carlos Edmundo Jara

RUT

Banco

Cuenta

Cuenta de origen

Cuenta



Fecha y hora 17/09/2025

09:42:46

Nº de operación 7043890



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO		
RUT	[REDACTED]		
Perteneiente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica	PLAZO FIJO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	REVISION TECNICA		

Marcar con una X según corresponda

<input type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
<input checked="" type="checkbox"/>	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 \$
	22-09-25	Revisión Técnica Turpo	\$19.800.-
	24-09-25	Voluntariado Voluntario Turpo	\$12.000.-
MONTO TOTAL RENDIDO			\$30.800



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.

Formulario Nro.
Solicitud de Autorización

Fondo _____
Fecha Solicitud: _____

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	Rodrigo Cancino
RUT	
Pertenece a la Dirección de	
Calidad Jurídica	indefinido
Cargo	CHOFER

Marcar con una X según corresponda

<input checked="" type="checkbox"/>	FONDOS A RENDIR (otorgado por única vez y para un fin o actividad específica)
<input type="checkbox"/>	FONDOS PARA GASTOS MENORES (Renovable según periodicidad)

FONDOS A RENDIR

Nombre de la Actividad u objetivo del fondo:			
Decreto Alcaldicio que aprueba el programa/actividad:			
Detalle del gasto <i>Revisión Técnica</i>			
Monto Solicitado		\$ <i>30.000</i>	Monto Autorizado
Plazo de ejecución del Gasto		Desde: <i>11 / 09 / 2015</i>	Hasta: <i>30 / 09 / 2015</i>
Cuenta de imputación según programa			

FONDOS PARA GASTOS MENORES (Cajas Chicas)

Nombre de la caja chica a llevar:			
Detalle del gasto a financiar con esta Caja Chica:			
Periodo cada cuenta solicitará el monto			
Monto Solicitado por periodo		\$	Monto Autorizado por periodo
Plazo de ejecución del Gasto		Desde: _____	Hasta: _____
Cuenta de imputación según programa			

FIRMA DE RESPONSABLE FONDO FIJO
ANDREA OTÁROLA OTÁROLA

*PAGO A 800 pesos
en Efectivo.*



Comprobante de Transferencia

Monto **\$30.000**

Mensaje **Pendiente
rendicion**

Destinatario

Nombre **Rodrigo Alexi
Cancino**

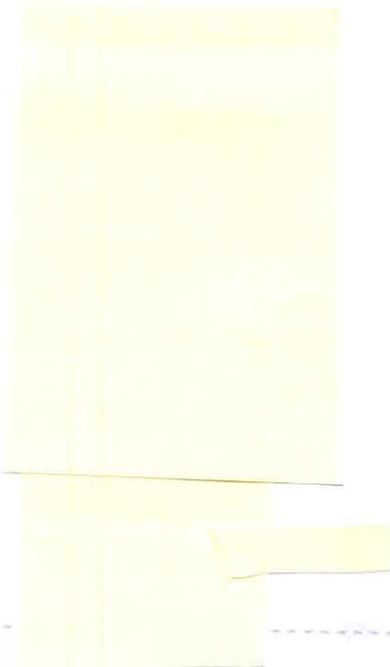
RUT

Banco

Cuenta

**Cuenta de
origen**

Cuenta



Fecha y hora **11/09/2025**

13:41:09

Nº de operación **7081282**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	PLAZO FIJO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido			

Marcar con una X según corresponda

<input type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
<input checked="" type="checkbox"/>	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 \$
	25-09-2015	Revisión Técnica Nissan LWT2-83	\$ 16.950.-
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 16.950.-


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.

Formulario Nro.

Solicitud de Autorización

Fondo

Fecha Solicitud: 26.09.2015

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	Rodrigo Cancino
RUT	[REDACTED]
Perteneciente a la Dirección de	
Calidad Juridica	indefinido
Cargo	CHOFER

Marcar con una X según corresponda

- FONDOS A RENDIR (otorgado por unica vez y para un fin o actividad específica)
 FONDOS PARA GASTOS MENORES (Renovable según periodicidad)

FONDOS A RENDIR

Nombre de la Actividad u objetivo del fondo:

Decreto Alcaldicio que aprueba el programa/actividad:

Detalle del gasto

Monto Solicitado	\$ <u>30.000</u>	Monto Autorizado	\$ <u>30.000</u>
Plazo de ejecución del Gasto	Desde: <u>26 / 09 / 15</u>	Hasta: <u>30 / 09 / 2015</u>	
Cuenta de imputación según programa			

FONDOS PARA GASTOS MENORES (Cajas Chicas)

Nombre de la caja chica a llevar:

Detalle del gasto a financiar con esta Caja Chica:

Periodo cada cuenta solicitará el monto	
Monto Solicitado por periodo	\$
Monto Autorizado por periodo	\$
Plazo de ejecución del Gasto	Desde: ___ / ___ / ___ Hasta: ___ / ___ / ___
Cuenta de imputación según programa	

FIRMA DE RESPONSABLE FONDO FIJO
ANDREA OTÁROLA OTÁROLA

[Handwritten signature]
 Igualación y
 Transferecia
 29/09/2015
 P.13.050



Comprobante Transferencia de fondos

Estimado(a) 

Te enviamos el detalle de la transferencia realizada el 24/09/2025.

Monto transferido **\$ 30.000**

Datos de origen

Tipo de cuenta

Nº de cuenta

RUT

Nombre

Comentario

Datos de destino

Nombre

RODRIGO CANCINO

RUT

Banco

Tipo de cuenta

Nº de cuenta

E-mail



40 % DCTO. CON TUS TARJETAS SANTANDER



Válidos hasta el 31 de diciembre de 2025. Conoce más en [Santander.cl](https://www.santander.cl)

10:38



Comprobante de Transferencia

Monto **\$6.000**

Mensaje **Pago gastos
reparacion
neumatico**

Destinatario

Nombre **Francisco
Eduardo
Carrasco**

RUT

Banco

Cuenta

**Cuenta de
origen**

Cuenta



Fecha y hora **29/09/2025**

10:38:52

Nº de operación **7010450**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	PAULINA MUÑOZ JARA		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica	INDEFINIDO	Cargo	SECRETARIA DESAMU
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	COMPRA DE GALLETAS PARA ATENCION A CONSEJALES EN OFICINA DESAMU		

Marcar con una X según corresponda

<input checked="" type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA
<input type="checkbox"/>	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 \$
4040519	26/09/2025	COMPRA DE GALLETAS PARA ATENCION A CONSEJALES EN OFICINA DESAMU	\$2.799
MONTO TOTAL RENDIDO			\$2.799



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.

09:20



Comprobante de Transferencia

Monto \$2.799

Mensaje **Devolucin gastos**

Destinatario

Nombre **Paulina Del
Carmen Munoz**

RUT

Banco

Cuenta



Cuenta de origen

Cuenta **Cuenta Pro**



Fecha y hora **01/10/2025**

09:20:06

Nº de operación **7074453**



LIQUIDACION DE PAGO

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BULNES	09-10-2025 11:31:13
Empresa / Institucion pagadora	Fecha Liquidacion

Jhassna Andrea Otarola Otarola	[REDACTED]
Nombre Beneficiario	Rut Beneficiario

[REDACTED]
Identificador de Pago

\$ 114.169
Total Liquidado a pagar

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

Abono en Chequera Electrónica / Cuenta Vista	894254940	BANCOESTADO		09-10-2025
Modalidad de Pago	Numero de operación	Banco	Sucursal de pago	Fecha de Cobro

DETALLE DEL PAGO

