

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

Decreto N° 1718
BULNES, 03/11/2025
Monto: 113,489

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 \$ 113,489 CIENTO TRECE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

Correspondiente RENDICION FONDO FIJO OCTUBRE 2025

a
Fecha de Pago 03/11/2025

Documento	Numero	Fecha	Monto
RENDICION	10	03/11/2025	113,489

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° 1718. FECHA 03-11-2025 CHEQUE N° 9037830 \$ 113.489

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta	113,489	
111-02-01-001-000-000	Banco Estado - Presupuesto		113,489
	Totales	113,489	113,489


MARIO URRA ZAMBRANO
JEFE DEPARTAMENTO DE SALUD

JHASSNA OTAROLA OTAROLA
ENCARGADA DE FINANZAS (S)


ULISES AEDO VALDES
ADM 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)

04 NOV 2025
DIRECCION DE CONTROL
I.M.B.

07 NOV. 2025

Rendición gastos menores
Depto. Salud Bulnes

RENDICION MES DE OCTUBRE 2025 PLANILLA N° 10

DETALLE GASTOS			
NOMBRE	N° FORMULARIO	N° BOLETAS	Monto \$
DANIEL PAREDES	01	5793837-18655	\$28.800 ✓
ESTEFANIA CONTRERAS	02	10107077691907636328	\$10.000 ✓
CLAUDIO LIZAMA	03	1147465	\$6.009 ✓
NOELIA GONZALEZ	04	363537	\$9.830 ✓
EDUARDO CASTILLO	05		\$11.000 ✓
CARLOS JARA	06		\$24.050 ✓
MARIO URRRA	07	276	\$23.800 ✓
MONTO TOTAL A RENDIR			\$113.489



JHASSNA OTAROLA
APOYO FINANZAS
DESAMU



MARIO URRRA ZAMBRANO JEFE
DEPTO. SALUD BULNES

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	DANIEL PAREDES		
RUT			
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			

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 \$
5793837	02-10-2025	REVISION TECNICA CAMIONETA GCLG36	\$18.800
18655	27-10-2025	BOLETA VULCANIZACION	\$10.000
MONTO TOTAL RENDIDO			\$28.800


Firma Solicitante


V°B° Firma y Timbre Director Responsable

Vota: 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: 02.10.2015

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	Daniel Paredes
RUT	
Perteneciente a la Dirección de	
Calidad Jurídica	PLAZO FIJO
Cargo	CHOFER

Marcar con una X según corresponda

<input checked="" type="checkbox"/>	FONDOS A RENDIR (otorgado por unica 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 Reunion tecnica			
Monto Solicitado \$ 30.000 -			
Monto Autorizado		\$ 30.000	
Plazo de ejecución del Gasto Desde: / / Hasta: / /			
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

Exclusion a gy
obras \$1.200
person.

09:03



Monto **\$30.000**

Mensaje **Revisin tcnica
pendiente
rendicin**

Destinatario


Nombre **Daniel Alexis
Paredes**

RUT 

Banco **BancoEstado**

Cuenta **CuentaRUT**


**Cuenta de
origen**

Cuenta **Cuenta Pro**


Fecha y hora **02/10/2025**

09:03:02

Nº de operación **7093140**



 **Compartir comprobante**



Pago en Línea

- 1 Selección de Cuenta
- 2 Confirmación
- 3 Comprobante

✓ **Pago Exitoso**

03/10/2025 11:37:56

Nombre

KARINA REBECA WOLF VERGARA

RUT



Datos del Pago

Cuenta de Cargo

Código Transacción

ID Pago

Glosa

Monto



\$ 10.000

09:29



Comprobante de Transferencia

Monto \$10.000

Mensaje Devolucion
recarga telefonica
Cesfam

Destinatario

Nombre Estefania
Ernestina
Contreras

RUT [Redacted]

Banco BancoEstado

Cuenta CuentaRUT
[Redacted]

Cuenta de origen

Cuenta Cuenta Pro
[Redacted]

Fecha y hora 10/10/2025
09:28:53

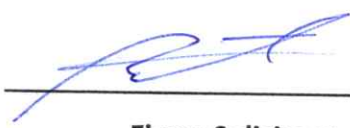



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Claudio Lizama		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	Plazo Fijo	Cargo	Auxiliar de Servicio
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido			

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 \$
443465	11/10/25	compra de Bencina para la orilladora y cortadora de pasto	\$6.009
MONTO TOTAL RENDIDO			\$6.009

 Firma Solicitante	 VºBº Firma y Timbre Director Responsable
--	--

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





Formulario Nro.
Solicitud de Autorización

Fondo

Fecha Solicitud: 14-10-2025

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	NOELIA GONZALEZ
RUT	
Perteneciente a la Dirección de	
Calidad Juridica	PLAZO FIJO
Cargo	ENCARGADA DE CONVENIOS

Marcar con una X según corresponda

<input checked="" type="checkbox"/>	FONDOS A RENDIR (otorgado por unica 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:		CONVENIO JUNAEB DETALLADOS EN CORREO ELECTRONICO	
Detalle del gasto			
Monto Solicitado	\$10.000	Monto Autorizado	\$1.0000
Plazo de ejecución del Gasto	Desde: 14 / 10 / 25 . Hasta: 30 / 10 / 25 .		
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 cuento 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

Devolucion \$130 pesos
14/10/2025

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	EDUARDO CASTILLO CHAVEZ		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	SALUD		
Calidad Juridica	Ingeniero	Cargo	CONDUCTOR
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	PAGO DE PEAJES -		

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 \$
11495	10-09-25	ESTAFETA CHILLAN	800
11495	12-09-25	HOSP. CHILLAN - SSN - B. CENTRAL	800
73124765	12-09-25	" " " "	600
10952	16-09-25	RETIRO DE UACUNAS	800
11286	16-09-25	HOSP. CHILLAN - SSN	800
8003	16-09-25	CHILLAN - BULNES	800
11495	22-09-25	HOSP. CHILLAN -	800
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 5400

Firma Solicitante

V°B° Firma y Timbre Director
Responsable

TOTAL \$ 11.000.

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



Responsible

DECRETO ALCALDICIO N° 5368
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

10 SET. 2025

VISTOS:

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día miércoles 10 de Septiembre 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 Buines, 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 10 de septiembre del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente TVSZ45.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ñuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminda Martin:

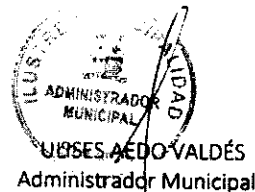
- Envío y retiro de PAP(Anatomia) y VIH (patologia)
- Retiro de Medicamentos en farmacia.

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 ARCHIVESE.,



Distribución: Oficina de partes e informaciones Municipalidad de Buines, Archivo RRHH DESAMU.

MEMORANDUM INTERNO Nº 745

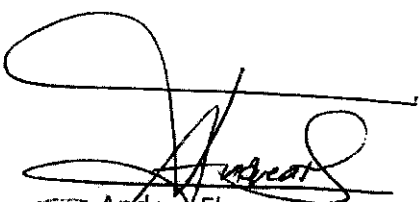
DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta JMC-45
MAT. : cometidos de servicios.-


Santa Clara, 12 de agosto 2025


Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por cometidos de servicios el día 12 de septiembre 2025 desde las 10:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

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

Sin otro particular, atentamente a usted.,


Andrea Flores Aguilera
Directora(s) Cesfam Santa Clara




AFA/mjem.
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

MEMORANDUM Nº756

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

MAT : TRASLADO CHILLAN.

SANTA CLARA, 16 de septiembre 2025.

Junto con saludar, solicito a usted viajar a la ciudad de Chillán cometido vacunas , camioneta patente tvsz45, el día 16 de septiembre 2025 desde las 08:30 horas en adelante, tens. _____

Sin otro particular, atentamente.,



ESTEFANÍA CONTRERAS RIQUELME
DIRECTORA CESFAM SANTA CLARA

ECR/magc

Distribucion:

- La indicada
- Archivo.

MEMORANDUM INTERNO Nº 759

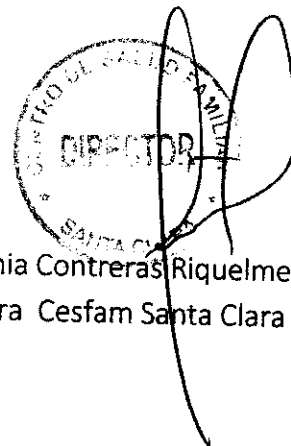
DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta JMC-45
MAT. : cometidos de servicios.-

Santa Clara, 22 septiembre 2025

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por cometidos de servicios el dia 22 de septiembre 2025 desde las 13:10 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

- Entrega, recibo de Pap y retiro de medicamentos en farmacia del hospital Herminda Martin de Chillan (usuarios del Cesfam)
- Retiro de exámenes en centro medico MEDYREM
- Y otros.-

Sin otro particular, atentamente a usted.,



Estefania Contreras Riquelme
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.

BULNES
DESAMU

BULNES
MUNICIPALIDAD

DECRETO ALCALDICO N° 5698
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

VISTOS:

26 SET. 2025

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día miércoles 24 de Septiembre del 2025, desde el CESFAM Santa Clara por cometidos de Servicio.

2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica 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 Truncoso, RUT:

DECRETO:

1.- Autorícese a Don Eduardo Capilla Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el día miércoles 24 de Septiembre del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente TVSZ45.

COMETIDOS:

Servicio de salud Nuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herninda Martín:


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

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Médico Mapocho
Caja Los Andes

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

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE.,


RODRIGO SAN MARTÍN GODOY
SECRETARIO Municipal (s)
MUNICIPAL
DISTRIBUCION


ULISES AEDO VALDÉS
Administrador Municipal

30 SEP 2025

10:14



Comprobante de Transferencia

Monto **\$11.000**

Mensaje **Devolucin de
gastos fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Eduardo Ernesto
Castillo**

RUT

Banco

Cuenta

**Cuenta de
origen**

Cuenta

Cuenta Pro

Fecha y hora **17/10/2025**

10:14:38

Nº de operación **7078815**



MEMORANDUM INTERNO Nº 793

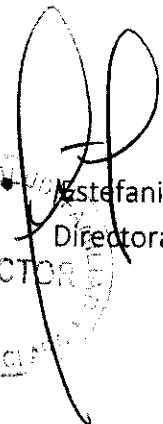
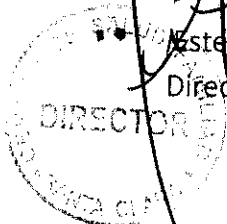
DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta JMC 45
MAT. : cometidos de servicios.-

Santa Clara, 20 octubre 2025

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por cometidos de servicios el día 23 de septiembre 2025 desde las 12:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

- Retiro de medicamentos en la bodega Central (usuarios del

Sin otro particular, atentamente a usted.,


Estefania Contreras Riquelme
Directora Cesfam Santa Clara


ECR/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
DEPARTAMENTO DE SALUD



FORMULARIO N° 67

RENDICION DE GASTOS MENORES

FECHA DE SOLICITUD: 20/10/25

DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE COMPLETO	Carlos Luis Vázquez		
RUT			
PERTENECIENTE AL DEPARTAMENTO	Cecost		
CALIDAD JURIDICA		CARGO	Conductor

DETALLE DE GASTOS		
FECHA	DESCRIPCION DEL GASTO	MONTO s
10/10/25	Traslado a interfono teleton	\$ 4300 ✓
10/10/25	" a " "	4300 ✓
10/10/25	" e " interfono	1150 ✓
10/10/25	" e " teleton	800 ✓
17/10/25	" Hospital H. talcahuano	4300 ✓
17/10/25	" " " "	4300 ✓
17/10/25	" " " "	1650 ✓
17/10/25	" " " "	1650 ✓
17/10/25	" " " "	800 ✓
14/10/25	" Hospital H. Martin	800 ✓
MONTO TOTAL RENDIDO		\$24.050 ✓

FIRMA SOLICITANTE



FIRMA Y TIMBRE JEFE DEPTO. SALUD



V°B° FIRMA Y TIMBRE RESPONSABLE


MEMORANDUM INTERNO Nº778

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

Santa Clara, 08 octubre de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción motivo traslado usuario de Tres Esquinas a Instituto Teletón en furgón patente kjxp81 el día 10 de octubre 2025, desde las 06:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente, imputese los gastos de viáticos y horas extras si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,



ESTEFANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara



MEMORANDUM INTERNO N°789

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

Santa Clara, 16 octubre de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Talcahuano motivo traslado usuario de Tres Esquinas a Hospital Las Higueras Talcahuano en furgón patente kjxp81 el día 17 de octubre 2025, desde las 05:15 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente, imputese los gastos de horas extras si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,



ESTEFANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

MEMORANDUM INTERNO Nº788

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

Santa Clara, 14 octubre de 2025.

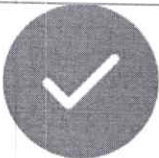
Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán motivo traslado usuario de Tres Esquinas a hospital Herminda Martín en furgón patente kjxp81 el día 14 de octubre 2025, desde las 17:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente, imputese los gastos de horas extras si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,



ESTEFANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

13:32



Comprobante de Transferencia

Monto **\$24.050**

Mensaje **Devolucion
gastos peajes**

Destinatario

Nombre **Carlos Edmundo
Jara**

RUT

Banco

Cuenta

**Cuenta de
origen**

Cuenta **Cuenta Pro**

Fecha y hora

Nº de operación **7006280**

13:32:46



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	MARIO URRA ZAMBRANO		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica	PLAZO FIJO	Cargo	JEFE DEPTO. SALUD
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido			

Marcar con una X según corresponda

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

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 \$
276	03-11-2025	ARRIENDO DE ANDAMIOS X DOS DIAS	\$23.800
MONTO TOTAL RENDIDO			\$23.800


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.



La transferencia se ha realizado con éxito

Monto **\$ 23.800**
Para **EDISON GUTIERREZ**
RUT **[REDACTED]**
Cuenta **Cuenta Corriente**
Banco **BANCOESTADO**



Desde **Cuenta Corriente**

Mensaje **pago arriendo**

Fecha y hora **03/11/2025 11:24 hrs**

N° Transacción **7028428**

TRASPASO

Comprobante	78	Fecha	03/11/2025
Rut		Nombre	JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
Departamento		Centro Costo	
Tipo Doc.	RENDICION	Numero Doc.	10
Glosa	RENDICION FONDO FIJO OCTUBRE 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		113,489
532-12-00-000-000-000	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	113,489	
215-22-12-002-000-000	Gastos Menores	113,489	
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta		113,489
Total		226,978	226,978

--	--	--	--	--	--

LIQUIDACION DE PAGO

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BULNES	10-11-2025 11:52:45
Empresa / Institucion pagadora	Fecha Liquidacion

Jhassna Andrea Otarola Otarola	
Nombre Beneficiario	Rut Beneficiario

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	903178303	BANCOESTADO		07-11-2025
Modalidad de Pago	Numero de operación	Banco	Sucursal de pago	Fecha de Cobro

DETALLE DEL PAGO

