

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

Decreto N°

1718

BULNES,
Monto:

03/11/2025
113,489

Vistos :

Lo dispuesto en los art. 12º 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 :

EGRESO N° 1718, FECHA 07-11-2025 ASIENTO N° FECHA

CHEQUE N° 90317830, \$ 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



07 NOV. 2025

Rendición gastos menores
Dept. 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 URRA	07	276	\$23.800 ✓
MONTO TOTAL A RENDIR			\$113.489



JHASSNA OTAROLA
APOYO FINANZAS
DESAMU



MARIO URRA ZAMBRANO JEFE
DEPTO. SALUD BULNES



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	DANIEL PAREDES		
RUT			
Perteneciente 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

DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA

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

DETALLE GASTOS

Nº 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

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: 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



FONDOS A RENDIR (otorgado por única 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	<i>Revisión Técnica</i>		
Monto Solicitado	\$ <i>30.000</i>	Monto Autorizado	\$ <i>30.000</i>
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 OTAROLA OTÁROLA

*Leydiun 08/10/2015
otra vez \$1.200*

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**

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE

Nombre completo	ESTEFANÍA GUTIÉRREZ RIVERA		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	Salud		
Calidad Jurídica	plano fijo	Cargo	Directora UGFM
Uro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	03/10/25
Ciudad/Lugar Cometido	Santiago		
Descripción breve cometido	Recorso Celular corolosurulor.		

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

Firma Solicitante



V°B° 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, acomodamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.



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 telefnica
Cesfam**Destinatario****Nombre**
Estepania
Ernestina
Contreras**RUT****Banco** BancoEstado**Cuenta** CuentaRUT**Cuenta de
origen****Cuenta** Cuenta Pro**Fecha y hora** 10/10/2025

09.28.53



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

Marcar con una X según corresponda

4

DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA

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

DETALLE GASTOS

Firma Solicitante



V° B° 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, funcionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

09:14

95



Comprobante de Transferencia

Monto **\$6.009****Mensaje** **Devolucion de
gastos fondo fijo****Destinatario****Nombre** **Claudio Gabriel
Lizama****RUT****Banco****Cuenta** **Cuenta Vista****Cuenta de
origen****Cuenta** **Cuenta Pro****Fecha y hora** **13/10/2025
09:14:03****Nº de operación** **7043485**

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	NOELIA GONZALEZ MACHUCA		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	PLAZO FIJO	Cargo	ENCARGADA DE CONVENIOS
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido			

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)

Firma Solicitante



VºBº Firma y Timbre Director
Responsable

Responsable

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 Jurídica	PLAZO FIJO
Cargo	ENCARGADA DE CONVENIOS

Marcar con una X según corresponda

- FONDOS A RENDIR (otorgado por única 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:		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 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

14/10/2025 - Resol
Fondos fijos \$150
Andrea Otárola

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

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

Nº 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 VACUNAS	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-

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	<u>EDUARDO CASTILLO CHAVEZ</u>		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	<u>SALUD</u>		
Calidad Jurídica	<u>Indaginado</u>	Cargo	<u>CONJUNTON</u>
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	<u>PAHO DE POGO</u>		

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)

Firma Solicitante

VºBº Firma y Timbre Director
Responsable

Responsable



DECRETO ALCALDÍCIO N° 5368
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

VISTOS: 10 SET. 2025

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el dia miercoles 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, 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 Troncoso, RUT:

DECRETO:

1.- Autorícese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el dia miercoles 10 de septiembre del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente TVS245.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ñuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminda Martín:

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

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Medico medyrem

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

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE.,



Distribución: Oficina de partes e informaciones Municipalidad de Bulnes, Archive RRHH DESAMU.

MEMORANDUM INTERNO N° 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 dia 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 medico MEDYREM
- Y otros.-

Sin otro particular, atentamente a usted.,

Andrea Flores Aguilera
Directora(s) Cesfam Santa Clara
DIRECTOR
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.,

ESTEFANIA 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 médico MEDYREM
- Y otros.-

Sin otro particular, atentamente a usted.,

ESTE DOCUMENTO ES DE SALIDA
CESFAM SANTA CLARA
DIRECTOR
Septiembre 2025

Estefania Contreras Riquelme
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.



DECRETO ALCALDICO N° 5698

**SECRETARIO CALDÉICO
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES**

VISTOS: 26 SET. 2025

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el dia 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 al cargo de alcalde titular de la Comuna de Bulnes, a don Gonzalo Andrés Bustamante Enciso, P.R.C.

DECRETO

1.- Autorícese a Don **Edmundo Castillo Chavez**, Chofer - Autor para visitar la ciudad de Chilpan el dia miercoles 22 de setiembre del 2025, por cometidos de servicios en camioneta patente TVS245.

COMETIDOS.

Servicio de salud Nublo:

Entrega y Retiro de Correspondencia

Hospital Hernández Martínez

-Envío y retiro de FAPs(Anatomía) y VIH (patología)

DIBDS.

**Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Médico Madero
Caja de los Angeles**

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

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE

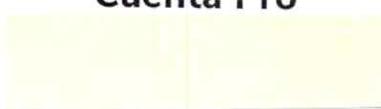


30 SEP 2025

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 № 793

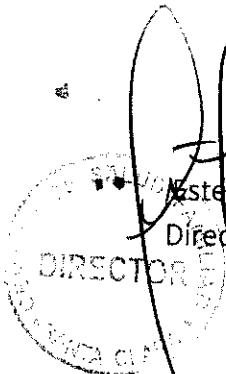
DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta JMC 45
MAT. : cometidos de servicios.-

Santa Clara, 20 octubre 2025

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por cometidos de servicios el dia 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	<u>Carlos José Vásquez</u>		
RUT			
PERTENECIENTE AL DEPARTAMENTO	<u>COST</u>		
CALIDAD JURIDICA		CARGO	<u>Conductor</u>

DETALLE DE GASTOS			
FECHA	DESCRIPCION DEL GASTO	MONTO s	
10/10/25	/ hasiado a invitado teletón	4300 ✓	
10/10/25	/ " " "	4300 ✓	
10/10/25	/ " " interphone	1150 ✓	
10/10/25	/ " " teletón	800 ✓	
17/10/25	/ Hospital H. Colchagua	4300 ✓	
17/10/25	/ " " " "	4300 ✓	
17/10/25	/ " " " "	1650 ✓	
17/10/25	/ " " " "	1650 ✓	
17/10/25	/ " " " "	800 ✓	
14/10/25	/ Hospital H. Martín	809 ✓	
MONTO TOTAL RENDIDO			24.950 ✓

FIRMA SOLICITANTE



FIRMA Y TIMBRE JEFE DEPTO. SALUD

VºBº FIRMA Y TIMBRE RESPONSABLE

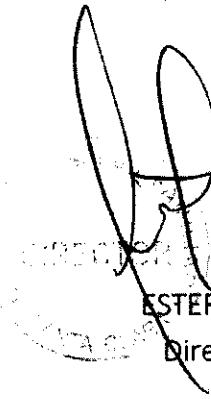
MEMORANDUM INTERNO N°778

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.,



ESTEFANÍA 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/mgc

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

13:32:46

Nº de operación **7006280**





Formulario Nro. 07
Rendición gastos menores
Fecha Solicitud: 03-11-2025



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

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)

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

Cuenta **Cuenta Corriente**

Banco **BANCOESTADO**



Desde **Cuenta Corriente**

Mensaje **pago arriendo**

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

Nº Transacción **7028428**

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
AREA SALUD

Fecha 03/11/2025
Hora 16:38:21

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	Rut Beneficiario
Nombre Beneficiario	

Identificador de Pago	\$ 113.489
	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

