

MUNICIPALIDAD DE BULNES

Area Salud

Dirección de Administración y Finanzas

R.U.T. : 069141200-8

Decreto N°

1861

BULNES,

01/12/2025

Monto:

83,010

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 :

El Tesorero Municipal Pagará a JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
La Cantidad de \$ 83,010 OCHENTA Y TRES MIL DIEZ PESOS
Correspondiente RENDICION FONDO FIJO NOVIEMBRE 2025
a
Fecha de Pago 01/12/2025

DECRETO:

Rut :

Documento	Numero	Fecha	Monto
RENDICION	11	01/12/2025	83,010

REFRENDAACION

Cuenta				
Saldo Presup.				

ANOTESE COMUNIQUESE Y DESE CUENTA.

COMPROBANTE DEVENGAMIENTO :

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
	Totales	0	0

COMPROBANTE DE EGRESO :

EGRESO N° 1861; FECHA 03.12.2025 ASIENTO N° FECHA

CHEQUE N° 80966P443 \$ 83.010

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta	83,010	
111-02-01-001-000-000	Banco Estado - Presupuesto		83,010
	Totales	83,010	83,010



MARIO URRA ZAMBRANO
JEFE DEPARTAMENTO DE SALUD



EUGENIA GUTIERREZ PEZO
ENCARGADA DE FINANZAS



ULISES AEDO VALDES
ADM MUNICIPAL Por orden del Sr. Alcalde



DAVID SANCHEZ AVALOS
DIRECTOR DE CONTROL

VºBº TESORERIA

FECHA DE PAGO ____ DE ____ DE ____

FIRMA DEL INTERESADO Y RUT



02 DIC. 2025

Rendición gastos menores
Depto. Salud Bulnes

RENDICION MES DE NOVIEMBRE 2025 PLANILLA N° 11

DETALLE GASTOS			
NOMBRE	Nº FORMULARIO	Nº BOLETAS	Monto \$
MARIO URRA	01	277	\$23.800 ✓
ESTEFANIA CONTRERAS	02	143697	\$7.000 ✓
GIRLEYN MOLINA	03	245699	\$11.990 ✓
EDUARDO CASTILLO	04		\$18.870 ✓
CARLOS JARA	05		\$13.350 ✓
GIRLEYN MOLINA	07	201267	\$8.000 ✓
MONTO TOTAL A RENDIR			\$83.010 ✓

JHASSNA OTAROLA

**APOYO FINANZAS
DESAMU**



**MARIO URRA ZAMBRANO JEFE
DEPTO. SALUD BULNES**

2087

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



VºBº Firma y Timbre Director
Responsable

Responsable

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.

17:01

Comprobante de Transferencia

Monto **\$23.800****Mensaje** **Pago arriendo****Destinatario****Nombre** **Edison Gutierrez****RUT****Banco** **BancoEstado****Cuenta** **Cuenta Corriente****Cuenta de
origen****Cuenta** **Cuenta Pro****Fecha y hora** **04/11/2025****17:01:38****Nº de operación** **7054187****Compartir comprobante**

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE

Nombre completo	Estefanía Contreras Riquelme		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	Salud municipal.		
Calidad Jurídica	PLAZO FIJO <input checked="" type="checkbox"/>	Cargo	Directora Clafim.
Nro. Cometido/Viatico/Autorización	<input type="text" value="←"/>	Fecha Cometido	06/11/25
Ciudad/Lugar Cometido	Bellavista		
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

MONTO TOTAL RENDIDO

\$ 7.00

Firma Solicitante

VºBº 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.

14:09



Comprobante de Transferencia

Monto **\$7.000**

Mensaje **Pago desamu**

Destinatario

Nombre **Sociedad Lindo**
Amigo Spa

RUT

Banco **Banco Bbva**

Cuenta **Cuenta Corriente**

Cuenta de origen

Cuenta

Fecha y hora **06/11/2025**

14:09:30



Nº de operación **8039380**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE

Nombre completo	Girleyn Kariela Molina González		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	DESAMU		
Calidad Jurídica	PLAZO FIJO	Cargo	Ing. civil Informática
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 \$
245699	11/11/25	Cable HDMI para ecografo CESFAM	11.990

MONTO TOTAL RENDIDO

\$ 11.990

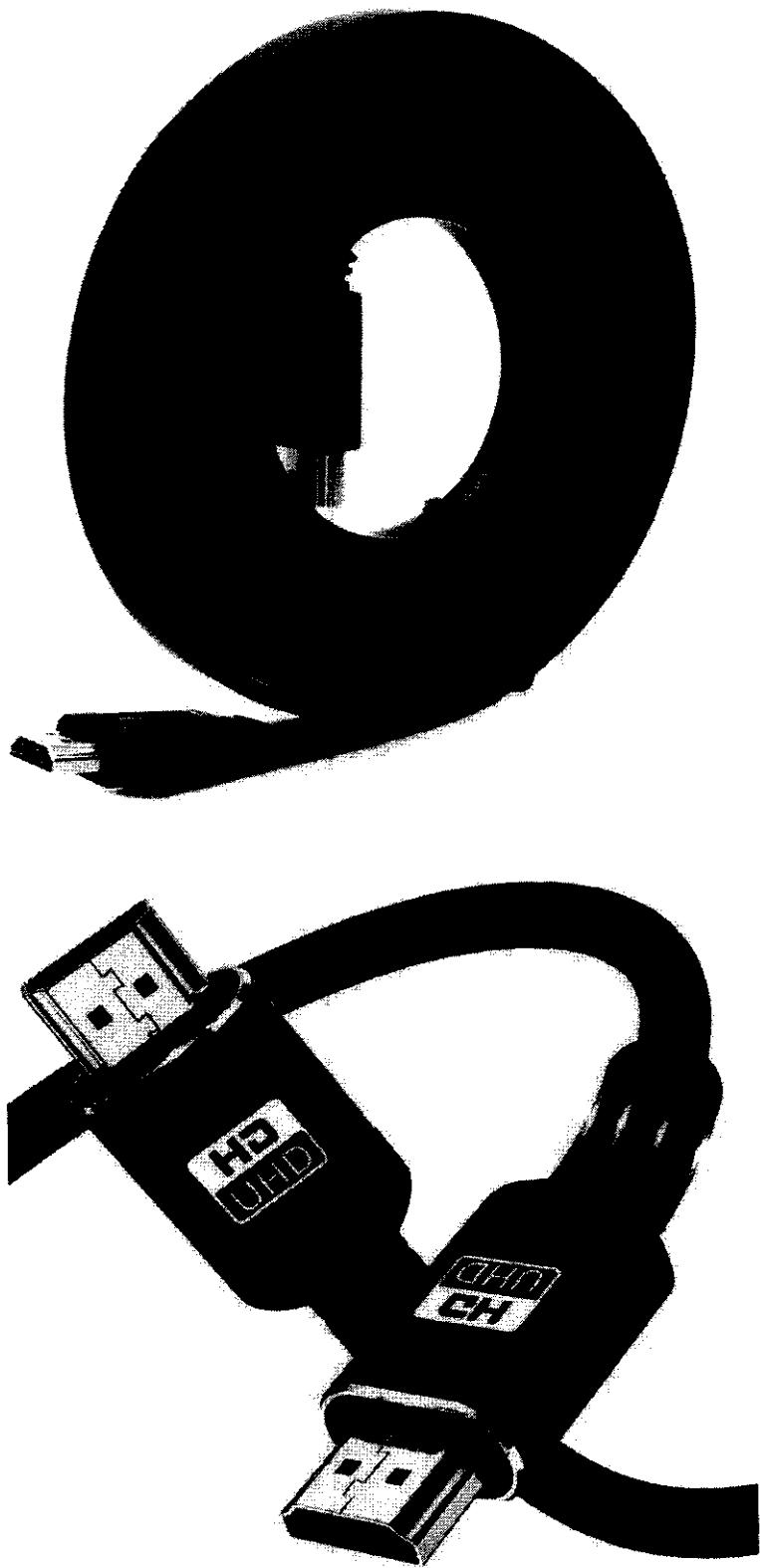


Firma Solicitante



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: 11-11-2025

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	Girleen Mariela Molina Gómez
RUT	
Perteneciente a la Dirección de	DESAMU
Calidad Jurídica	
Cargo	Ing. Civil en Informática

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	Compra Cartera		
Monto Solicitado	\$ 10.000	Monto Autorizado	\$ 1000
Plazo de ejecución del Gasto	Desde: 11/11/23	Hasta: 30/11/2025	
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

7 pag 1.890
en efectos.
la D.T. Sonover.
a Sonover.
Omar

12:45



Comprobante de Transferencia

Monto \$10.000

Mensaje **Pendiente de
rendicion**

Destinatario

Nombre **Girleyn Kariela
Molina**

RUT

Banco **BancoEstado**

Cuenta **CuentaRUT**

**Cuenta
origen**

Cuenta

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

12:45:15



Nº de operación **7099034**

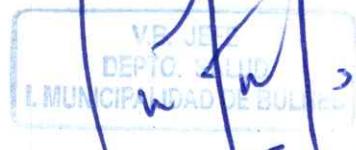
17 NOV 2025

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	EDUARDO CASTILLO CHAVEZ		
RUT	1		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	SALUD		
Calidad Jurídica	Planta	Cargo	CONDUCTOR
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 \$
10204	01-10-25	ESTAFETA CHILLAN	800 ✓
10204	03-10-25	HOSPITAL CHILLAN	800 ✓
10495	07-10-25	TRASLADO DIRECTORA CHILLAN	800 ✓
99999	07-10-25	CHILLAN - BULNES	800 ✓
10204	08-10-25	ESTAFETA CHILCAN	800 ✓
8300	08-10-25	CHILCAN - BULNES	800 ✓
11286	10-10-25	HOSPITAL DE CHILCAN	800 ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			5600



DONETOS
CALDA.



Firma Solicitante

V° B° Firma y Timbre Director
Responsable

Total f 13.820

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.

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	EDUARDO PASTILLO CHAVEZ		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	SALUD		
Calidad Jurídica	Planta	Cargo	CONSEJOR
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 \$
11015	15-10-25	ESTAFETA CHILLAN	800
74779910	15-10-25	" "	600
11495	17-10-25	HOSPITAL CHILLAN	800
10228	22-10-25	ESTAFETA CHILLAN	800
1496383	22-10-25	" "	1470
1006118	22-10-25	CHILLAN - BULNES	800
10228	24-10-25	HOSP. CHILLAN - B. CENTRAL	800
MONTO TOTAL RENDIDO			6070



Firma Solicitante

V.B° Firma y Timbre Director
Responsable

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

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

Marcar con una X según corresponda

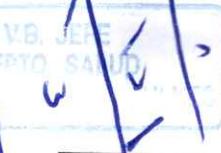


DEVOLUCIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA

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 \$
11495	27-10-25 ✓	SERENEL CHILLAN ✓	800 ✓
15074319	27-10-25 ✓	II I	600 ✓
10707	28-10-25 ✓	RETIRO DE VACUNAS ✓	800 ✓
10204	29-10-25	ESTAFETA CHILLAN	800 ✓
504483	29-10-25	II II	1800 ✓
006110	29-10-25	CHILLAN - BULNES	800 ✓
10707	30-10-25 ✓	RETIRO DE VACUNAS ✓	800 ✓
1006105	30-10-25 ✓	CHILLAN - BULNES	MONTO TOTAL RENDIDO \$ 800 ✓



Firma Solicitante



VºBº Firma y Timbre Director
Responsable

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



5915
DECRETO ALCALDÍO N°
COMETIDO A CHILLÁN

BULNES,

08 OCT. 2025

VISTOS:

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día miércoles 01 de octubre 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 día miércoles 01 de octubre del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente LWHZ-83.

COMETIDOS:

Servicio de salud Flubie:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminda Martín:

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

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Médico medyrem
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.,



UAV/RS/MG/ES/2025

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



2025-10-08 10:45:00



MEMORANDUM N°775

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

MAT : TRASLADO CHILLAN.

SANTA CLARA, 07 de octubre 2025.

Junto con saludar, solicito a usted viajar a la ciudad de Chillán cometido hospital Herminda Martín traslado de exámenes , camioneta patente Iwhz83, el día 03 de octubre 2025 desde las 11:00 horas en adelante.

Sin otro particular, atentamente.,

ANDREA FLORES AGUILERA
DIRECTORA(S) CESFAM SANTA CLARA

AFA/magc

Distribucion:

- La Indicada
- Archivo.



DECRETO ALCALDÍCIO NRO. 5890

AUTORIZACIÓN SALIDA A REUNIÓN CIRA.

BULNES; 07 OCT 2025

VISTOS:

- a) El correo electrónico de fecha 01 de octubre de 2025, de la Sra. Susana Yáñez Valdés, Jefa del Departamento Promoción, Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaria - OIRS del Servicio de Salud Ñuble, en el cual informa que la reunión del Consejo Integrado de Red Asistencial correspondiente al mes de octubre, se realizará el martes 07 de octubre de 2025, en el Aula Magna de la Universidad del Bío Bío, ubicada en Avenida Andrés Bello N° 720 - Chillán, en horario de 09:30 a 13:00 hrs.-
- b) Las Facultades que me confiere la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus Modificaciones.-

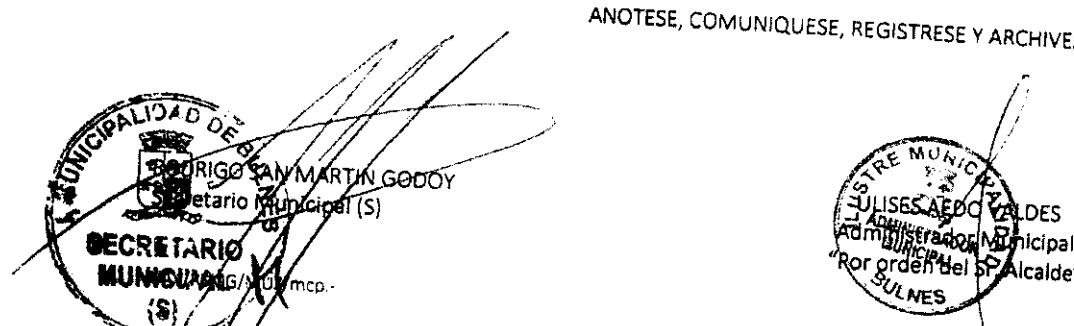
CONSIDERANDO:

- a) El Decreto Alcaldício N° 4.709 de fecha 13 de agosto de 2025, que encomienda función de Directora del Centro de Salud Familiar Santa Clara durante ausencias de la Sra. Estefanía Contreras Riquelme, según se indica.

DECRETO:

- 1) Autorízase a la Sra. Directora del Centro de Salud Familiar Santa Clara, Cédula de Identidad N°, para asistir a reunión del Consejo Integrado de Red Asistencial (CIRA), el día martes 07 de octubre de 2025, en horario de 09:30 a 13:00 hrs., en el Aula Magna de la Universidad del Bío Bío, ubicada en Avenida Andrés Bello N° 720, en la ciudad de Chillán.
- 2) Don Eduardo Castillo Chávez, Cédula de Id., Auxiliar de Servicio/Chófer del Centro de Salud Familiar Santa Clara, realizará el traslado de la Directora del Cesfam, en camioneta Nissan patente LWHZ-83 a la ciudad de Chillán.
- 3) Impútese el gasto de peaje y viáticos al 40%, si corresponde, al presupuesto vigente del Departamento de Salud Municipal de Bulnes..

ANOTESE, COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE.



DISTRIBUCIÓN: Oficina de partes e informaciones Municipalidad de Bulnes; Archivo RRHH DESAMU.



DECRETO ALCALDÍCIO N° 59 / 6
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

VISTOS: 08 OCT. 2025

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el dia miercoles 08 de octubre 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, R.L.

DECRETO:

1.- Autoricese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillan el dia miercoles 08 de octubre del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente LWHZ-B3.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ñubie:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminda Martin:

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

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Medico medyrem
Caja Los Andes

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

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE..



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

2025-10-08 10:00:00
2025-10-08 10:00:00
2025-10-08 10:00:00



MEMORANDUM N°782

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

MAT : TRASLADO CHILLAN.

SANTA CLARA, 10 de octubre 2025.

Junto con saludar, solicito a usted viajar a la ciudad de Chillán cometido hospital Herminda Martín traslado de exámenes , camioneta patente lwhz83, el día 10 de octubre 2025 desde las 10:30 horas en adelante.

Sin otro particular, atentamente.,


ESTEFANÍA CONTRERAS RIQUELME
DIRECTORA CESFAM SANTA CLARA

ECR/mgc

Distribucion:

- La indicada
- Archivo.



DECRETO ALCALDÍCIO N° 6153
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

17 OCT. 2025
VISTOS:

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el dia miercoles 15 de octubre 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 111.111.111-1

— — — — —
DECRETO:

1.- Autoricese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el dia miercoles 15 de octubre del 2025, por cometidos de servicios en Camioneta patente LWHZ-83.

COMETIDOS:

Servicio de salud Ruble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminda Martin:

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

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central

Droguería retiro de medicamentos

Retiro de ecografías abdominales, centro medico MEDYREM, avenida libertad # 1035, chillan.

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, Archivo RRHH DESAMU



MEMORANDUM Nº798

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

MAT : TRASLADO CHILLAN.

SANTA CLARA, 24 de octubre 2025.

Junto con saludar, solicito a usted viajar a la ciudad de Chillán cometido ir a dejar PAP y exámenes hospital Herminda Martín , bodega central y imprenta , camioneta patente lwhz83, el día 24 de octubre 2025 desde las 10:20 horas en adelante.

Sin otro particular, atentamente.,

DIRECTOR STEFANIA CONTRERAS RIQUELME
DIRECTORA CESFAM SANTA CLARA

ECR/mgc

Distribucion:

- La indicada
- Archivo.

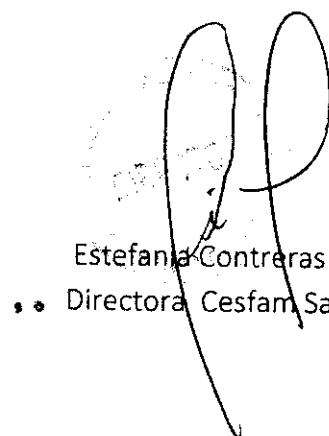
MEMORANDUM INTERNO Nº 799

DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta lwhz 83
MAT. : cometidos de servicios.-

Santa Clara, 27 octubre 2025

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por traslado del profesional a una reunión Sr. Quimico Farmaceutico del Centro de Salud Familiar de Santa Clara al SEREMI de SALUD de la ciudad de Chillan el dia 27 de octubre 2025 desde las 08:20 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/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.

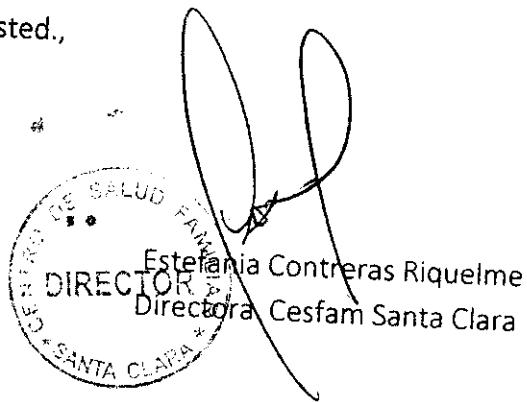
MEMORANDUM INTERNO Nº 800

DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta lwhz 83
MAT. : cometidos de servicios..

Santa Clara, 28 octubre 2025

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por retiro de vacunas en la central de la ciudad de Chillan, tens.
el dia 28 de octubre 2025 desde las 08:45 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,



ECR/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.

MEMORANDUM INTERNO Nº 802

DE : Directora Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta lwhz 83
MAT. : cometidos de servicios.-

Santa Clara, 30 octubre 2025

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por retiro de vacunas y de medicamentos en la ciudad de Chillan, tens. _____ el dia 30 de octubre 2025 desde las 08:45 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/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.



Comprobante de Transferencia

Monto **\$18.870**

Mensaje **Devolucin gastos**

Destinatario

Nombre **Eduardo Ernesto
Castillo**

RUT

Banco **BancoEstado**

Cuenta **Cuenta Vista**

Cuenta de origen

Cuenta **Cuenta Pro**

Fecha y hora

10:48:07

Nº de operación **7047715**



I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
DEPARTAMENTO DE SALUD



FORMULARIO N° 5

RENDICIÓN DE GASTOS MENORES

FECHA DE SOLICITUD: 24/11/25

DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE COMPLETO	<i>Carlos Jara Vásquez</i>		
RUT			
PERTENECIENTE AL DEPARTAMENTO	<i>DESAMU</i>		
CALIDAD JURIDICA		CARGO	<i>Conductor</i>

FIRMA SOLICITANTE



~~FIRMA Y TIMBRE JEFE DEPTO. SALUD~~



MEMORANDUM INTERNO N°815

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

Santa Clara, 12 noviembre de 2025.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción y Talcahuano motivo traslado usuarios de Santa Clara y Tres Esquinas a Instituto Teletón y Hospital las Higueras en furgón patente kjxp81 el día 14 de noviembre 2025, desde las 06:00 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente, imputese los gastos de horas extras y viáticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,



ESTERANIA CONTRERAS RIQUELME
Directora Cesfam Santa Clara

ECR/magc

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam.

Monto **\$13.350**

Mensaje
**Devolucion
gastos peajes
fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Carlos Edmundo
Jara**

RUT

Banco

Cuenta



**Cuenta de
origen**



Cuenta

Fecha y hora **25/11/2025**

09:02:18

Nº de operación **7018563**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Girteyn Mariela Molina González		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	DESAMU		
Calidad Jurídica	PLAZO FIJO	Cargo	Ingeniera Civil en Informática
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	25-11-2025
Ciudad/Lugar Cometido	Chillán		
Descripción breve cometido	Compra cable de red cat 6		

Marcar con una X según corresponda

Y 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

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 **\$8.000**

Mensaje **Devolucion de
gastos fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Girleyn Kariela
Molina**

RUT

Banco

Cuenta

**Cuenta de
origen**

Cuenta

Fecha y hora **27/11/2025**

11:29:56

Nº de operación **7031888**



I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
AREA SALUD

Fecha 01/12/2025
Hora 10:21:19

TRASPASO

Comprobante	97	Fecha	01/12/2025
Rut		Nombre	JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
Departamento		Centro Costo	
Tipo Doc.	RENDICION	Numero Doc.	11
Glosa	RENDICION FONDO FIJO NOVIEMBRE 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		83,010
532-12-00-000-000-000	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	83,010	
215-22-12-002-000-000	Gastos Menores	83,010	
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta		83,010

Total	166,020	166,020
-------	---------	---------

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



LIQUIDACION DE PAGO

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BULNES	03-12-2025 10:12:48
Empresa / Institucion pagadora	Fecha Liquidacion

Jhassna Andrea Otarola Otarola	
Nombre Beneficiario	Rut Beneficiario

	\$ 83.010
--	-----------

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	909669443	BANCOESTADO		03-12-2025
Modalidad de Pago	Numero de operación	Banco	Sucursal de pago	Fecha de Cobro

DETALLE DEL PAGO

