

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 \$ 171,847 CIENTO SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS
Correspondiente RENDICION FONDO FIJO AGOSTO (1)
a
Fecha de Pago 20/08/2026

DECRETO:
Rut [REDACTED]

Table with 4 columns: Documento, Numero, Fecha, Monto. Row 1: RENDICION, 8, 20/08/2026, 171,847. Section: REFRENDACION. Sub-table with 6 columns: Cuenta, Saldo Presup., and 4 empty columns.

ANOTESE COMUNIQUESE Y DESE CUENTA.

COMPROBANTE DEVENGAMIENTO :

Table with 4 columns: Código Cuenta, Detalle, Debe, Haber. Totales: 0, 0.

COMPROBANTE DE EGRESO : ASIENTO N° FECHA

EGRESO N° 1322, FECHA 29.08.2026, CHEQUE N° 12871755, \$ 171.847

Table with 4 columns: Código Cuenta, Detalle, Debe, Haber. Rows: 114-03-00-000-000-000 Anticipos a Rendir Cuenta (171,847), 111-02-01-001-000-000 Banco Estado - Presupuesto (171,847). Totales: 171,847, 171,847.

Signatures and stamps of Mario Urza Zambrano (Jefe Departamento de Salud) and Eugenia Gutierrez Pezo (Encargada de Finanzas).

Signatures and stamps of Ulises Aedo Valdes (ADM Municipal) and David Sanchez Avalos (Director de Control).

V°B° TESORERIA

FECHA DE PAGO DE DE

FIRMA DEL INTERESADO Y RUT

Stamp: MUNICIPALIDAD DE BULNES SECRETARIO MUNICIPAL (S). Signature: RODRIGO SAN MARTIN GODOY. Date: 24 AGO. 2026.

Rendición gastos menores
Depto. Salud Bulnes

RENDICIÓN MES DE AGOSTO (1) DE 2026. PLANILLA N° 08

DETALLE DE GASTOS			
NOMBRE	N° FORMULARIO	N° BOLETAS	Monto \$
KARINA WOLF V	01		\$8.000
EDUARDO CASTILLO CH.	02		\$3.820
NOELIA GONZALEZ M	03	4082385	\$7.500
BRENDA GUERRA T.	04	61146775	\$8.077
RODRIGO CANCINO M	05		\$16.200
RODRIGO CANCINO M	06	23805	\$6.000
RODRIGO CANCINO M	07		\$3.200
EDUARDO CASTILLO CH.	08		\$8.000
EDUARDO CASTILLO CH.	09		\$7.300
EDUARDO CASTILLO CH.	10		\$21.900
RODRIGO CANCINO M	11		\$32.300
RODRIGO CANCINO M	12		\$14.600
RODRIGO CANCINO M	13	23833	\$6.000
RICARDO CARTES E.	14	6511432	\$28.950
MONTO TOTAL A RENDIR			\$171.847

JHASSNA OTAROLA

APOYO FINANZAS DESAMU



MARIO URRA ZAMBRANO
JEFE DEPTO. SALUD BULNES

DEVENIR N° 1528

Comprobante de Transferencia

Monto **\$8.000**

Mensaje **Devolucin gastos
recarga**

Destinatario

Nombre **Karina Wolf**

RUT

[REDACTED]

Banco **Banco Falabella**

Cuenta **Cuenta Corriente**

[REDACTED]

Cuenta de origen

Cuenta **Cuenta Pro**

[REDACTED]

Fecha y hora **07/08/2026**

15:08:00

N° de operación **7072346**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	EDUARDO CASTILLO CHAVEZ		
RUT			
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	SALUD		
Calidad Jurídica	Indefinido	Cargo	CONDUCTOR
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	PAGO 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			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
10952	22-07-26	ESTAFETA CHILLAN	800
79305798	22-07-26	" "	620
11495	24-07-26	HOSP. CHILLAN - MEDICINA - B. CENTRAL	800
11495	29-07-26	ESTAFETA CHILLAN	800
11495	31-07-26	HOSPITAL CHILLAN	800
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 3820

Firma Solicitante

V.B. JEFE DEPTO. SALUD

V°B° Firma y Timbre Director Responsable

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

DECRETO ALCALDICIO SUJETO A REGISTRO SIAPER N° 3921
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

VISTOS:

22 JUL. 2026

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día Miércoles 22 de julio del 2026, 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.- La resolución N° 7 de fecha 26 de marzo de 2025 que fija normas sobre tramitación en línea de actos administrativos relativos a las materias de personal.

4.- 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: [REDACTED]

DECRETO:

1.- Autorícese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el miércoles 22 de julio de 2026, por cometidos de servicios en Camioneta patente LWHZ-83.

2.- efectúese el registro por el/la responsable del área en la forma y plazos que la normativa ha señalado.

COMETIDOS:

Servicio de salud Nuble:

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminda Martin:

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

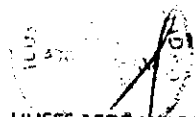
OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Medico Medyrem
Retiro de medicamentos de TBC en Chillan Viejo

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

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE,


SECCION D. SAN MARTIN GODOY
MUNICIPIO Municipal (s)
(s)
HAY/RSMG/EGP/pml.


ULISES AEDO VALDÉS
Administrador Municipal

MEMORANDUN INTERNO Nº 204

DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Sr. Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar
MAT. : Salida a Chillán.

Santa Clara, 24 julio 2026.-

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán, motivo Hospital , centro médico medyrem y bodega central en camioneta patente [REDACTED] día 24 julio 2026 del Cesfam Santa Clara desde las 10:50 horas en adelante, imputese los gastos de peajes y viáticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Sin otro particular, atentamente a usted.


ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara.



AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

DECRETO ALCALDICIO SUJETO A REGISTRO SIAPER N° 4014
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,
VISTOS: 30 JUL. 2026

1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día Miércoles 29 de julio del 2026, 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.- La resolución N° 7 de fecha 26 de marzo de 2025 que fija normas sobre tramitación en línea de actos administrativos relativos a las materias de personal.

4.- 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: [REDACTED]

DECRETO:

1.- Autorícese a Don Eduardo Castillo Chavez, Chofer - Auxiliar para viajar a la ciudad de Chillán el miércoles 29 de julio de 2026, por cometidos de servicios en Camioneta patente LWHZ-83.

2.- efectúese el registro por el/la responsable del área en la forma y plazos que la normativa ha señalado.

COMETIDOS:

Servicio de Salud Nuble;

Entrega y Retiro de Correspondencia.

Hospital Herminia Martín:

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

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central

Centro Médico Medyrem

Retiro de medicamentos de IRC en Chillán Viejo

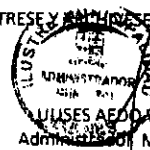
Retiro de formularios en imprenta - Avarco

Entrega de ordinario en oficina junaeb

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


RODRIGO SAN MARTÍN GODOY
Alcalde Municipal (s)
(S)
UAV/RSMD/BSP/pml.

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y AUTORIZESE


LUSES AEDO VALDÉS
Administrador Municipal

MEMORANDUM INTERNO Nº 208

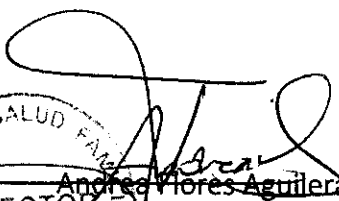
DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar camioneta lwhz 83
MAT. : cometidos de servicios.-

Santa Clara, 31 de julio 2026

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillan por cometidos de servicios a la ciudad de Chillan desde el Centro de Salud Familiar de Santa Clara el día 31 de julio 2026 desde las 10:00 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

- Hospital Herminda Martin, entrega y retiro de Pap, y VIH.
- Retiro de informes de Ecomamaria centro medico Medyrem.
- Entrega y retiro de correspondencia del Servicio de Salud Ñuble
- Retiro de medicamentos en droguería del Servicio Salud Ñuble.

Sin otro particular, atentamente a usted.,


Andrea Flores Aguilera
Directora(s) Cesfam Santa Clara




AFA/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam Santa Clara.

Comprobante de Transferencia

Monto **\$3.820**

Mensaje **Devolucin gastos
fondo fijo peajes**

Destinatario

Nombre **Eduardo Ernesto
Castillo**

RUT

[REDACTED]

Banco **BancoEstado**

Cuenta **Cuenta Vista**

[REDACTED]

Cuenta de origen

Cuenta **Cuenta Pro**

[REDACTED]

Fecha y hora **12/08/2026**

12:28:46

Nº de operación **7067614**



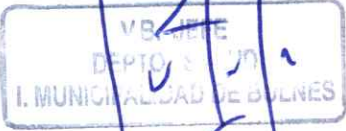
DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Noelia del Carmen González Rocha.		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	Contrato	Cargo	Enc. Consejeros
Nro. Cometido/Viático/Autorización		Fecha Cometido	06/08/26
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	Compra de Rastel para DESAMU.		

Marcar con una X según corresponda

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

DETALLE GASTOS			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
4082385	06-8-2026	Compra de Rastel	7.500.
MONTO TOTAL RENDIDO			7.500.-


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: 06/08/2026

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

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

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: PARA COMPRA MANTEL			
Monto Solicitado	\$10.000	Monto Autorizado	\$10.000
Plazo de ejecución del Gasto		Desde:06/08/2026 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 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

*Devueltos a Pedro
A 25-08-2026*



Comprobante de Transferencia

Monto **\$10.000**

Destinatario

Nombre **Noelia Del
Carmen Gonzalez**

RUT **[REDACTED]**

Banco **BancoEstado**

Cuenta **Cuenta Corriente**
[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta **Cuenta Pro**
[REDACTED]

Fecha y hora **06/08/2026**

08:55:10

N° de operación **7035729**



Comprobante de Transferencia

Monto **\$8.077**

Mensaje **Devolucion
gastos fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Brenda Angela
Cynthia Guerra**

RUT **[REDACTED]**

Banco **BancoEstado**

Cuenta **Cuenta Corriente**
[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta **Cuenta Pro**
[REDACTED]

Fecha y hora **13/08/2026
13:12:30**

N° de operación **7090572**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Rodrigo Américo Melo		
RUT	[REDACTED]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	Salud		
Calidad Jurídica	Indefinito	Cargo	Conducidor
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	Pago Peajes		

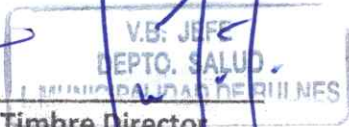
Marcar con una X según corresponda

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

DETALLE GASTOS			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
	20-07-26	Concepción - Bulnes	\$ 3400.- ✓
	20-07-26	Concepción - Bulnes	\$ 3900.- ✓
	20-07-26	Concepción - Bulnes	\$ 3900.- ✓
	20-07-26	Concepción - Bulnes	\$ 3400.- ✓
	21-07-26	Chillón	\$ 800.- ✓
	21-07-26	Bulnes	\$ 800.- ✓
			—
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 16.200.- ✓


Firma Solicitante


V°B° Firma y Timbre Director
Responsable


V.B. JEFE
DEPTO. SALUD
MUNICIPALIDAD DE BULNES

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

MEMORANDUM INTERNO N°199

DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara .
A : Sr. Rodrigo Cancino Melo , chofer - auxiliar.
MAT. : Traslado de paciente.

Santa Clara, 15 julio 2026.-

Estimado, solicito traslado de paciente a Concepción Hospital regional el día 20 julio 2026 furgon patente kjxp81 , desde las 06:00 horas en adelante las horas serán registradas en el libro de asistencia y bitácora correspondiente. Impútese los gastos de peajes, horas extras y viáticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

[REDACTED]

Sin otro particular, atentamente a usted.,


DIRECTORA ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara.

AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

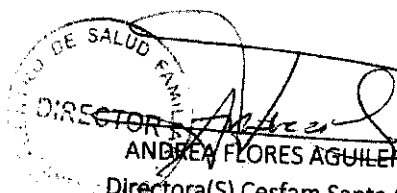
MEMORANDUM INTERNO Nº201

DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Rodrigo Cancino Melo
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuarios

Santa Clara, 20 julio de 2026.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán motivo traslado de pacientes del Cesfam Santa Clara y Cecosf Tres Esquinas a centro médico medyrem por eco mamaria furgón patente kjpg81 el día 21 de julio 2026, desde las 13:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente. Impútese los gastos de peajes y horas extras si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,


DIRECTORA
ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara

AFA/magc
Distribución:
La indicada.
Archivo Cesfam.

Formulario Nro.

Solicitud de Autorización

Fondo

Fecha Solicitud: 20/07/2026

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	RODRIGO CANCINO
RUT	
Perteneciente a la Dirección de	
Calidad Jurídica	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: PAGO VIAJE A CONCEPCION			
Monto Solicitado		\$20.000	Monto Autorizado
			\$20.000
Plazo de ejecución del Gasto		Desde: 20/07/2026 Hasta: 30/07/2026	
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

Comprobante de Transferencia

Monto \$20.000

Mensaje Pendiente
rendicion

Destinatario

Nombre Rodrigo Cancino
Melo

RUT [REDACTED]

Banco Banco Santander

Cuenta Cuenta Corriente
[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta Cuenta Pro
[REDACTED]

Fecha y hora 20/07/2026
06:54:36

Nº de operación 7097578



Formulario Nro.
Solicitud de Autorización

Fondo

Fecha Solicitud: 27/07/2026

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	DANIEL PAREDES
RUT	
Perteneciente a la Dirección de	
Calidad Juridica	PLAZO FIJO
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: PAGO REPARACION DE NEUMATICO EN VULCANIZACION			
Monto Solicitado	\$9.000	Monto Autorizado	\$9.000
Plazo de ejecución del Gasto	Desde:27/07/2026 Hasta:3 0 / 0 7 /2026		
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

Rinde Rodrygo (carro moto)
Devuelsen en efectivo
\$ 3.000.
[Signature]

Comprobante de Transferencia

Monto **\$9.000**

Mensaje **Pendiente
rendicin**

Destinatario

Nombre **Daniel Alexis
Paredes**

RUT

[REDACTED]

Banco

BancoEstado

Cuenta

CuentaRUT

[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta

Cuenta Pro

[REDACTED]

Fecha y hora **28/07/2026**

14:31:39

Nº de operación **7013704**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Rodrigo Arana Nolas		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	Independiente	Cargo	Conductor
Nro. Cometido/Viático/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	Pago 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

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
	23-07-26	Chillan	\$ 800.-
	23-07-26	Bulnes	\$ 800.-
	24-07-26	Chillan	\$ 800.✓
	24-07-26	Bulnes	\$ 800.✓
	—	—	—
	—	—	—
	—	—	—
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 3200.-

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



MEMORANDUM INTERNO N°202

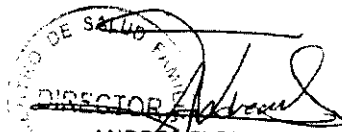
DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara .
A : Rodrigo Cancino Melo chofer - auxiliar.
MAT. : Traslado de paciente.

Santa Clara, 22 julio 2026.-

Estimado, solicito rescate de paciente a Chillán dialisis Chillán viejo el día 23 julio 2026 furgon patente kxp81 , desde las 15:15 horas en adelante las horas serán registradas en el libro de asistencia y bitácora correspondiente, impútese los gastos de hora extras y peajes si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal.

[Redacted]

Sin otro particular, atentamente a usted.,


DIRECTORA(S) CESFAM SANTA CLARA
ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara.

AFA/magc
Distribución:
La indicada
Finanzas

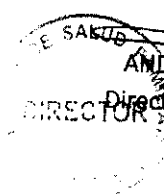
MEMORANDUM INTERNO Nº203

DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Rodrigo Cancino Melo
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuarios

Santa Clara, 23 julio de 2026.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán motivo traslado de pacientes del Cesfam Santa Clara y Cecosf Tres Esquinas a centro médico medyrem por eco mamaria furgón patente kjpg81 el día 24 de julio 2026, desde las 16:00 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente. Impútese los gastos de peajes y horas extras si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Sin otro particular, atentamente a usted.,


ANDREA FLORES AGUIERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara


AFA/magc
Distribución:
La indicada.
Archivo Cesfam.

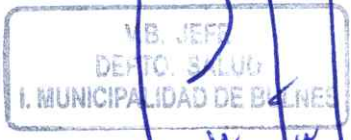
DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	EDUARDO CASTILLO CHAVEZ		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	INDEFINIDO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viático/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	COMPRA URGENTE LLAVES SALA SALUD MENTAL		

Marcar con una X según corresponda

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

DETALLE GASTOS			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
226	05/08/2026	COMPRA URGENTE LLAVES SALA SALUD MENTAL	\$8.000
MONTO TOTAL RENDIDO			\$8.000


Firma Solicitante


V°B° Firma y Timbre Director Responsable

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

Monto**\$10.000**

Mensaje

**Pendiente
rendicion fondo
fijo****Destinatario**

Nombre

**Eduardo Ernesto
Castillo**

RUT

[REDACTED]

Banco

BancoEstado

Cuenta

Cuenta Vista
[REDACTED]**Cuenta de
origen**

Cuenta

Cuenta Pro
[REDACTED]

Fecha y hora

05/08/2026**10:08:04**

N° de operación

7081147

*Devolucion en
Efectivo
7000
Chueh*

MEMORANDUM INTERNO Nº220

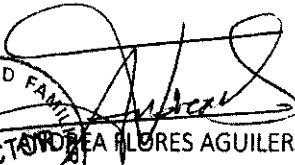
DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Eduardo Castillo Chavez
Chofer- Auxiliar
MAT. : rescate de usuario .

Santa Clara, 10 agosto de 2026.

Estimado, solicito viajar por Cabrero KM 47 camino a Concepción motivo furgón neumáticos en malas condiciones rescatar paciente del Cesfam Santa Clara y llevar neumático para dicho cambio en camioneta patente lwhz83 el día 10 de agosto 2026, desde las 13:18 horas en adelante la hora de llegada será anotada en la bitácora correspondiente.

Paciente: [REDACTED]

Sin otro particular, atentamente a usted.,



DIRECTORA ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara

AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

Comprobante de Transferencia

Monto **\$7.300**

Mensaje **Devolucin gastos
peajes**

Destinatario

Nombre **Eduardo Ernesto
Castillo**

RUT

[REDACTED]

Banco

BancoEstado

Cuenta

Cuenta Vista

[REDACTED]

Cuenta de origen

Cuenta

Cuenta Pro

[REDACTED]

Fecha y hora **12/08/2026**

12:34:47

Nº de operación **7078707**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	EDUARDO CASTILLO CHAVEZ		
RUT	[REDACTED]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	SALUD		
Calidad Jurídica		Cargo	CONDUCTOR
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	10-08-26
Ciudad/Lugar Cometido	KM 48 CAMINO PENCEPCIÓN		
Descripción breve cometido	RESCATE PACIENTE Y FURBON		

Marcar con una X según corresponda

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

DETALLE GASTOS			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
84446	10-08-26	PAGO PEAJES	3400
5056	10-08-26	PAGO PEAJES	3900
5056	10-08-26	PAGO PEAJES	3900
84450	10-08-26	PAGO PEAJES	3400
5126	10-08-26	PAGO PEAJES	3900
1006126	10-08-26	PAGO PEAJES	3400
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 21.900


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 N°220

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

Santa Clara, 10 agosto de 2026.

Estimado, solicito viajar por Cabrero KM 47 camino a Concepción motivo furgón neumáticos en malas condiciones rescatar paciente del Cesfam Santa Clara y llevar neumático para dicho cambio en camioneta patente lwhz83 el día 10 de agosto 2026, desde las 13:18 horas en adelante la hora de llegada será anotada en la bitácora correspondiente.

Paciente: [REDACTED]

Sin otro particular, atentamente a usted.,



ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara

AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

Comprobante de Transferencia

Monto **\$21.900**

Mensaje **Debolucion
gastos peajes**

Destinatario

Nombre **Eduardo Ernesto
Castillo**

RUT

[REDACTED]

Banco

BancoEstado

Cuenta

Cuenta Vista

[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta

Cuenta Pro

[REDACTED]

Fecha y hora **12/08/2026**

12:36:13

N° de operación

7081263



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	INDEFINIDO	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			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
	06-08-26	Concepción	\$ 3400.-
	06-08-26	Concepción	\$ 3900.-
	06-08-26	Concepción	\$ 3900.-
	06-08-26	Concepción	\$ 3400.-
	07-08-26	Concepción	\$ 3400.-
	07-08-26	Concepción	\$ 7000.-
	07-08-26	Concepción	\$ 3900.-
	07-08-26	Concepción	\$ 3400.-
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 32.300.-


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 Nº212

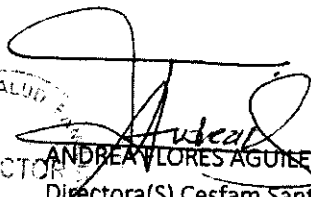
DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara .
A : Sr. Rodrigo Cancino Melo , chofer - auxiliar.
MAT. : Traslado de paciente.

Santa Clara, 05 agosto 2026.-

Estimado, solicito traslado de paciente a Concepción centro médico ongolmo 339 el día 06 agosto 2026 furgon patente kjxp81 , desde las 12:15 horas en adelante las horas serán registradas la bitácora correspondiente. Impútese los gastos de peajes, horas extras y viáticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

[Redacted]

Sin otro particular, atentamente a usted.,


ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara.



FA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

MEMORANDUM INTERNO Nº 213

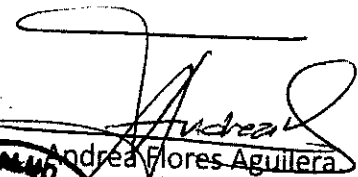
DE : Directora (s) Cesfam Santa Clara
A : Rodrigo Cancino Melo.
Choferes- Auxiliares furgón patente kjpx-81
MAT. : traslado de paciente.

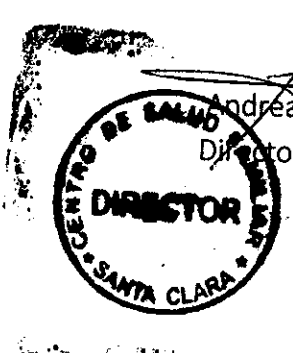
Santa Clara, 06 de agosto 2026

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción desde el Cesfam Santa Clara al hospital Regional de Concepción el día 07 de agosto 2026 desde las 11:00 horas en adelante, la hora de salida y llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente, imputense los gastos de peajes y horas extraordinarias si corresponden al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente. .

Nombre del paciente: [REDACTED]

Sin otro particular, atentamente a usted.


Andrea Flores Aguilera
Directora(s) Cesfam Santa Clara



AFA/mjem.

Distribución:

- La indicada
- Archivo Cesfam.

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO	
Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO
RUT	
Perteneciente a la Dirección de	
Calidad Jurídica	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: PARA PAGO PEAJES Y VULCANIZACION			
Monto Solicitado	\$25.000	Monto Autorizado	\$25.000
Plazo de ejecución del Gasto	Desde:05/08/2026 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 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

f 7.200 - 2 Afp de encaje
basta

Monto **\$25.000**

Mensaje **Pendiente**
rendicion fondo
fijo peajes

Destinatario

Nombre **Rodrigo Cancino**
Melo

RUT

[REDACTED]

Banco

Banco Santander

Cuenta

Cuenta Corriente

[REDACTED]

Cuenta de
origen

Cuenta

Cuenta Pro

[REDACTED]

Fecha y hora **05/08/2026**

18:01:08

Nº de operación

7099655



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO		
RUT	[REDACTED]		
Perteneiente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica	INDEFINIDO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	3 AGO 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			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
	10-08-26	Conceptos	\$ 3400.- ✓
	10-08-26	Conceptos	\$ 3400.- ✓
	10-08-26	Conceptos	\$ 3400.- ✓
	10-08-26	Conceptos	\$ 3400.- ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 14600.- ✓


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 Nº216

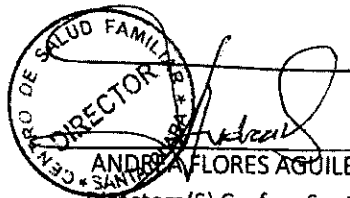
DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Rodrigo Cancino Melo
Chofer- Auxiliar
MAT. : Traslado de usuario

Santa Clara, 07 agosto de 2026.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Concepción motivo traslado usuario del Cesfam Santa Clara a Hospital regional en furgón patente kjxp81 el día 10 de agosto 2026, desde las 07:00 horas en adelante la hora de llegada será anotada en la bitácora correspondiente, imputese los gastos de horas extras, peajes y viáticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

- [REDACTED]

Sin otro particular, atentamente a usted.,


ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara

✱
AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.



Formulario Nro.
Solicitud de Autorización

Fondo

Fecha Solicitud: 09/08/2026

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO	
Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO
RUT	
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: PAGO PEAJES CONCEPCION			
Monto Solicitado	\$20.000	Monto Autorizado	\$20.000
Plazo de ejecución del Gasto		Desde:09/08/2026 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 cuanto 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

Resolución el 17/08/2026.
Plazo en efectivo.
+5.400.

Monto **\$20.000**

Mensaje **Pendiente**
rendicin viaje a
conce

Destinatario

Nombre **Rodrigo Cancino**
Melo

RUT **[REDACTED]**

Banco **Banco Santander**

Cuenta **Cuenta Corriente**
[REDACTED]

Cuenta de
origen

Cuenta **Cuenta Pro**
[REDACTED]

Fecha y hora **09/08/2026**

18:54:55

Nº de operación **7023740**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE

Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO		
RUT	[REDACTED]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica	INDEFINIDO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	Pago vulcanización -		

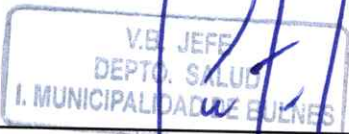
Marcar con una X según corresponda

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

DETALLE GASTOS

N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
23833	06-08-26	Vulcanización	\$ 6000 - ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 6000 -


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 Nº212

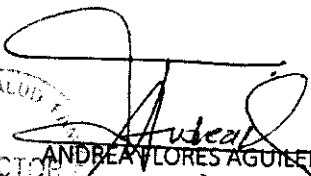
DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara .
A : Sr. Rodrigo Cancino Melo , chofer - auxiliar.
MAT. : Traslado de paciente.

Santa Clara, 05 agosto 2026.-

Estimado, solicito traslado de paciente a Concepción centro médico ongolmo 339 el día 06 agosto 2026 furgon patente kjxp81 , desde las 12:15 horas en adelante las horas serán registradas la bitácora correspondiente. Impútese los gastos de peajes, horas extras y viáticos si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

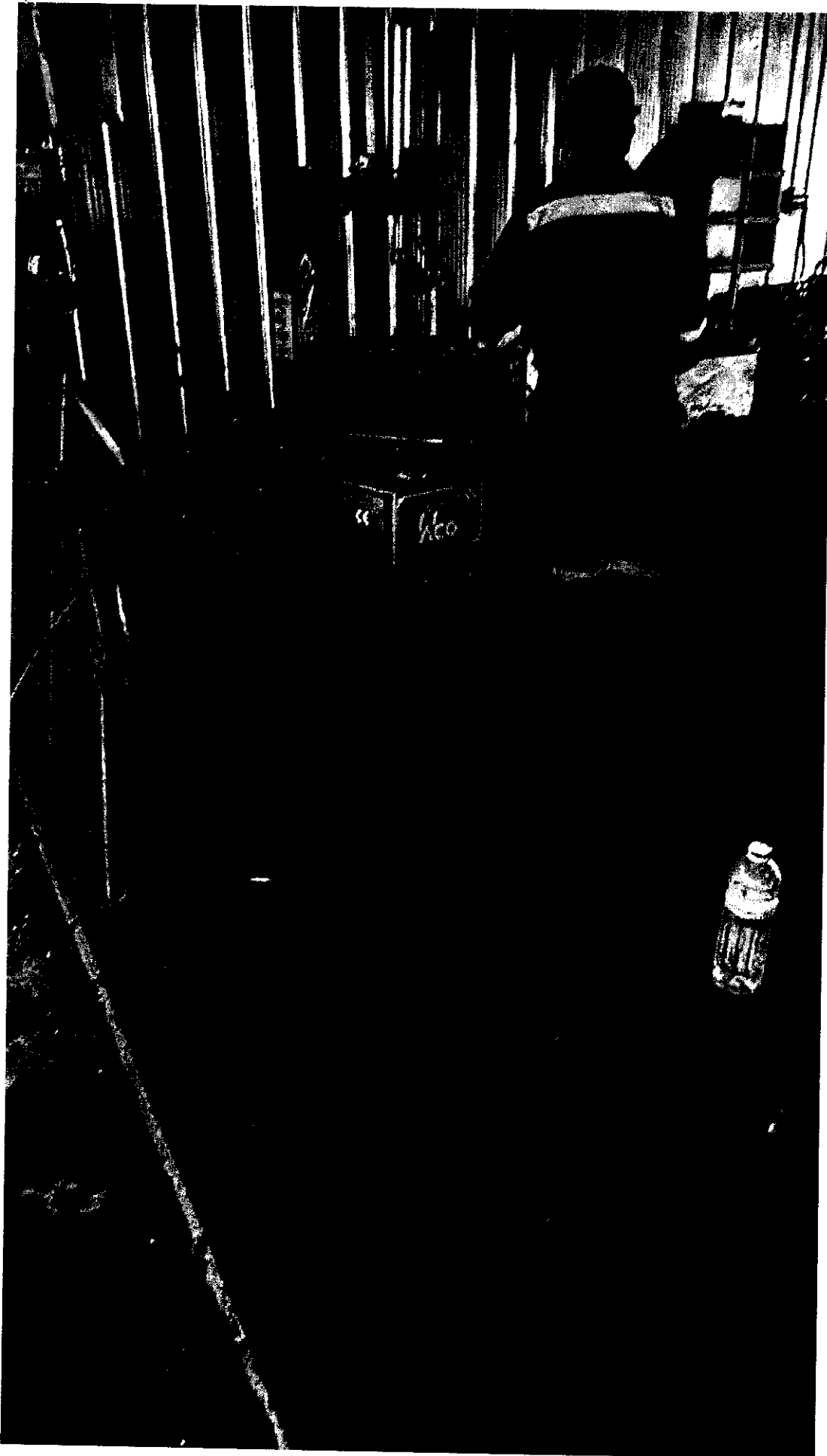
[Redacted]

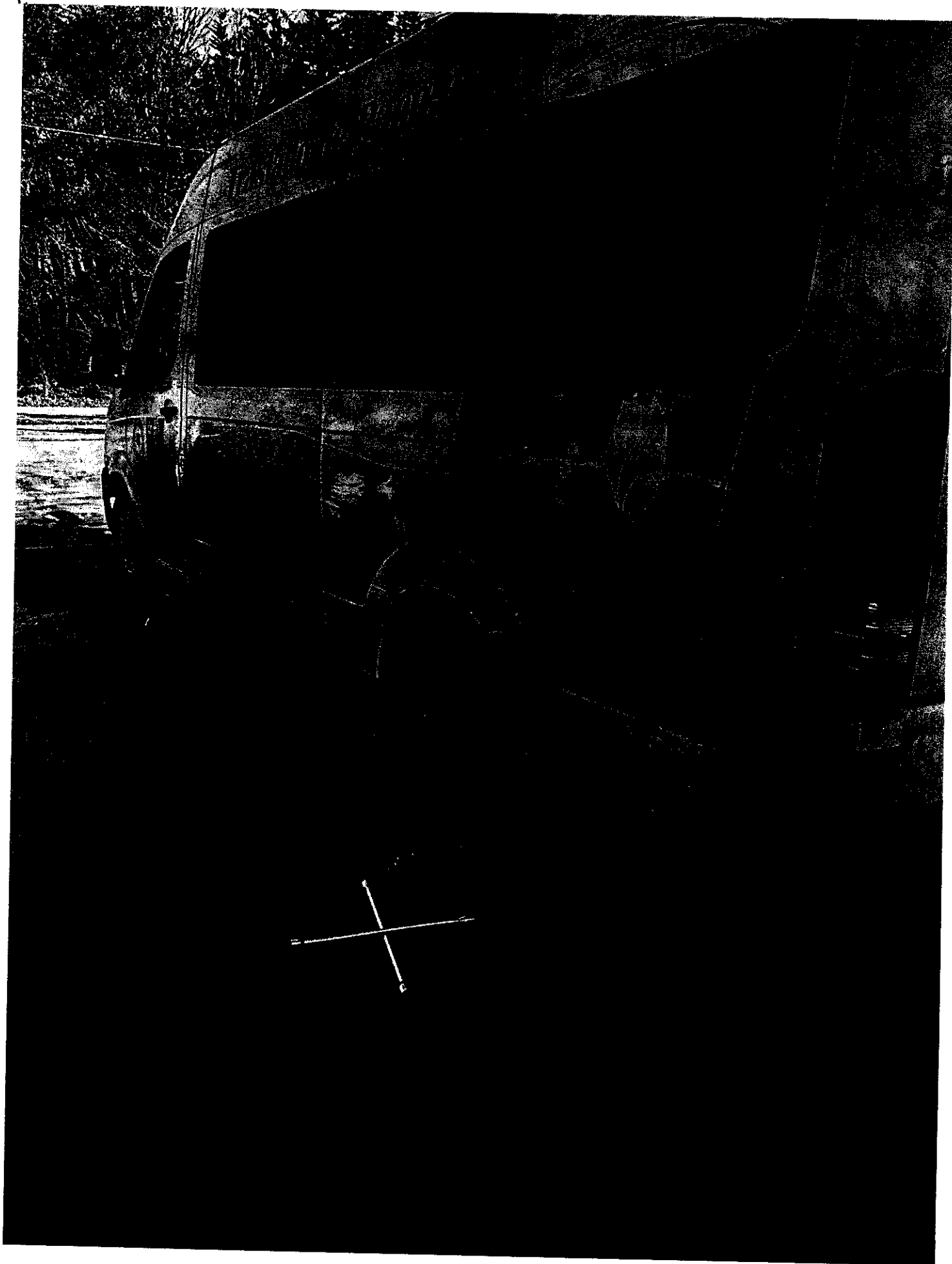
Sin otro particular, atentamente a usted.,


ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara.



AFA/magc
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.



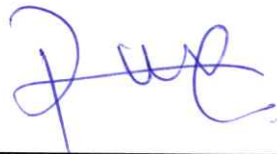


DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	RICARDO CARTES		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	PLAZO FJO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido			

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			
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	Monto \$
6511432	13-08/26	Revisión Técnica yumbel ^{Atsulencie} (B0940)	28.950. =
MONTO TOTAL RENDIDO			28.950


Firma Solicitante


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

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	RICARDO CARTES
RUT	
Perteneciente a la Dirección de	
Calidad Juridica	PLAZO FIJO
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: PAGO REVISION TECNICAAMBULANCIA			
Monto Solicitado		\$30.000	Monto Autorizado
			\$30.000
Plazo de ejecución del Gasto		Desde:13/08/2026 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

Revisión en
Fotivo P.I. 050
10/08/2026
Almud

I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
AREA SALUD

Fecha 20/08/2026
Hora 09:44:01

TRASPASO

Comprobante	64	Fecha	20/08/2026
Rut		Nombre	JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
Departamento		Centro Costo	
Tipo Doc.	RENDICION	Numero Doc.	8
Glosa	RENDICION FONDO FIJO AGOSTO (1)		

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		171,847
532-12-00-000-000-000	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	171,847	
215-22-12-002-000-000	Gastos Menores	171,847	
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta		171,847
Total		343,694	343,694

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



BancoEstado
desde 1855

LIQUIDACION DE PAGO

I MUNICIPALIDAD DE BULNES	24-08-2026 15:08:42
Empresa / Institucion pagadora	Fecha Liquidación

Jhassna Andrea Otarola Otarola	
Nombre Beneficiario	Rut Beneficiario

12871755
Identificador de Pago

\$171.847
Total Líquido a pagar

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

Abono en Chequera Electrónica / Cuenta Vista	12871755	BANCOESTADO		24/08/2026
Modalidad de Pago	Numero de operación	Banco	Sucursal de pago	Fecha de Cobro

DETALLE DEL PAGO

