

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

Decreto N° 1176
BULNES, 03/08/2026
Monto: 133,837

Vistos :

- 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 \$ 133,837 CIENTO TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS
Correspondiente a RENDICION FONDO FIJO JULIO 2026
Fecha de Pago 03/08/2026

DECRETO:
Rut [REDACTED]

Documento	Numero	Fecha	Monto
RENDICION	7	03/08/2026	133,837

Cuenta	Saldo Presup.

ANOTESE COMUNIQUESE Y DESE CUENTA.

Código Cuenta	Detalle	Totales	Debe	Haber
			0	0

COMPROBANTE DE EGRESO :
1176 ASIENTO N°..... FECHA
EGRESO N°.....; FECHA 05/08/2026 CHEQUE N° 12385829 \$ 133.837

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta		
111-02-01-001-000-000	Banco Estado - Presupuesto	133,837	
	Totales	133,837	133,837

MARIO URRZA 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

V°B° TESORERIA

FECHA DE PAGO DE DE

FIRMA DEL INTERESADO Y RUT

RECIBIDO
04 AGO 2026
DIRECCION DE CONTROL I.M.B.
MUNICIPALIDAD DE BULNES
RODRIGO SAN MARTIN GODOY
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
07 AGO. 2026

Rendición gastos menores
Depto. Salud Bulnes

RENDICIÓN MES DE JULIO DE 2026. PLANILLA N° 07

DETALLE DE GASTOS			
NOMBRE	N° FORMULARIO	N° BOLETAS	Monto \$
BRENDA GUERRA TAPIA	01	60659186	\$7.987
EDUARDO CASTILLO CH.	02		\$5.860
JOSE CONTRERAS	03	6508998	\$19.300
RODRIGO CANCINO M	04		\$5.600
RODRIGO CANCINO M	05		\$5.600
RODRIGO CANCINO M	06	23697	\$7.000
RODRIGO CANCINO M	07	23698	\$9.000
KARINA WOLF	08		\$5.000
BERNARDITA JARA	09	27830	\$6.000
PAULA RODRIGUEZ	10	435468	\$9.990
CLAUDIO LIZAMA	11	175542	\$22.000
CLAUDIO LIZAMA	12	175972	\$9.500
MARIO URRA Z	13	176136	\$21.000
MONTO TOTAL A RENDIR			\$133.837

JHASSNA OTAROLA

APOYO FINANZAS DESAMU



MARIO URRA ZAMBRANO
JEFE DEPTO. SALUD BULNES

DEVENGADO N° 1439

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE

Nombre completo	Brenda Angela Cynthia Guerra Lopez.		
RUT	[REDACTED]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de	Cofam Santa Clara		
Calidad Juridica	Titular	Cargo	Enfermera
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	30/06/2026
Ciudad/Lugar Cometido	Buenos		
Descripción breve cometido	Entrega y/o envío biopsia x chulexpress a labora- torio Shalper Concepcion.		

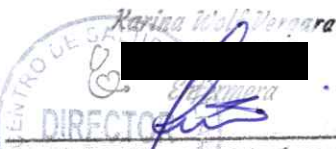
Marcar con una X según corresponda

☒	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 \$
006SP186	30/06/26.	Envío Biopsia a Laboratorio Shalper Concepcion	7.987. ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 7.987. ✓


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.

Comprobante de transferencia

Monto **\$7.987**

Mensaje **Devolucion
gastos envo
biopsias**

Destinatario

Nombre **Brenda Angela
Cynthia Guerra**

RUT **[REDACTED]**

Banco **BancoEstado**

Cuenta **Cuenta Corriente**
[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta **Cuenta Pro**
[REDACTED]

Fecha y hora **03/07/2026**

10:57:27

Nº de operación **7000438**



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

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 \$
0224	17-06-26	ESTAFETA CHILLAN	800
78740226	17-06-26	" "	620
10266	19-06-26	HOSP. CHILLAN - HEDYREH - SSN - B. CENTRAL	800
78811611	19-06-26	" " " " "	620
11396	24-06-26	ESTAFETA CHILLAN	800
78734570	24-06-26	" "	620
1006148	24-06-26	CHILLAN - BULNES	800
11396	26-06-26	HOSP. CHILLAN - HEDYREH - SSN - B. CENTRAL	800
MONTO TOTAL RENDIDO			5860


Firma Solicitante


Firma y Timbre Director Responsable

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

MEMORANDUM INTERNO Nº 185

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

Santa Clara, 26 de junio 2025

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 26 de junio 2026 desde las 10:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente.

- Hospital Herminia 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 drogueria del Servicio Salud Ñuble.

Sin otro particular, atentamente a usted.,


ALVARO MORALES VALENZUELA
Director(s) Cesfam Santa Clara

AMV/mjem.

Distribución:

La indicada

Archivo Cesfam Santa Clara.

DECRETO ALCALDICIO SUJETO A REGISTRO SIAPER N° 3298
COMETIDO A CHILLÁN
BULNES,

VISTOS:

17 JUN. 2026

- 1.- La necesidad de viajar a la ciudad de Chillán, el día Miércoles 17 de junio 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 día miércoles 17 de junio 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 Martín:

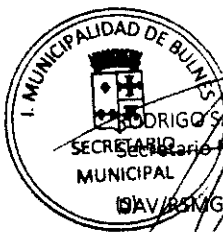
- Envío y retiro de PAP(Anatomía) y VIH (patología)
- Retiro de Medicamentos en farmacia.

OTROS:

Retiro de Medicamentos Bodega Central
Centro Medico Medyrem
Retiro en Imprenta Navarro

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

COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE.,



ULISES AEDO VALDÉS
Administrador Municipal

Por la Alcaldía: [REDACTED], Bulnes, Norte
de Chile, 17 de junio de 2026

MEMORANDUM INTERNO Nº 177

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

Santa Clara, 19 de junio 2025

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 19 de junio 2026 desde las 10:30 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

Sin otro particular, atentamente a usted.,


KARINA WOLF VERGARA

Directora(s) Cesfam Santa Clara




KWV/miem.

Comprobante de Transferencia

Monto	\$5.860
Mensaje	Devolucin gastos peajes
Destinatario	
Nombre	Eduardo Ernesto Castillo
RUT	
Banco	BancoEstado
Cuenta	Cuenta Vista
Cuenta de origen	
Cuenta	Cuenta Pro
Fecha y hora	10/07/2026 15:27:00
Nº de operación	7083172

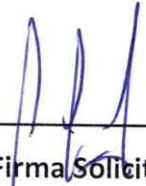


DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	JOSE CONTRERAS		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	INDEFINIDO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viático/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	PAGO REVISION TECNICA AMBULANCIA		

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 \$
6508998	10/07/2026	PAGO REVISION TECNICA AMBULANCIA	\$19.300
MONTO TOTAL RENDIDO			\$19.300


Firma Solicitante



Nota: Por cada gasto debe adjuntar y pegar el documento rendido válido, firmado y timbrado, y en caso de rendición de peajes, estacionamiento y otros similares de honorarios deben adjuntar el cometido informado.

Formulario Nro.
Solicitud de Autorización

Fondo

Fecha Solicitud: 10/07/2026

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO

Nombre completo	JOSE CONTRERAS
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 REVISION TECNICA EN YUMBEL PENDIENTE DE RENDICION			
Monto Solicitado	\$30.000	Monto Autorizado	\$30.000
Plazo de ejecución del Gasto	Desde: 30/07/2026 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

9 10.700
Deducción en Fretio
10/07/26

DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Rodrigo Canciano Melo		
RUT	[REDACTED]		
Pertenece a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	Indefinido	Cargo	Conductor
Nro. Cometido/Viático/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	PAGO GASTOS PIAJOS		

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 \$
	18-06-26 ✓	Chillan ✓	\$ 800.- ✓
	18-06-26 ✓	Bulnes ✓	\$ 800.- ✓
	23-06-26 ✓	Bulnes ✓	\$ 800.- ✓
	25-06-26 ✓	Chillan ✓	\$ 800.- ✓
	25-06-26 ✓	Bulnes ✓	\$ 800.- ✓
	30-06-26 ✓	Chillan ✓	\$ 800.- ✓
	30-06-26 ✓	Bulnes ✓	\$ 800.- ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 5600.-

V.B. JEFE
DEPTO. SALUD
MUNICIPALIDAD DE BULNES

Firma Solicitante

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
DIRECTOR

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 Nº 172

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

Santa Clara, 18 junio de 2026.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de Chillán motivo traslado de pacientes del Cesfam Santa Clara a centro médico medyrem por eco mamaria furgón patente kjxp81 el día 18 de junio 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.,


KARINA WOLF VERGARA
Directora(S) Cesfam Santa Clara


/KWV/magc

Distribución:

La indicada.

Archivo Cesfam.

MEMORANDUM INTERNO Nº181

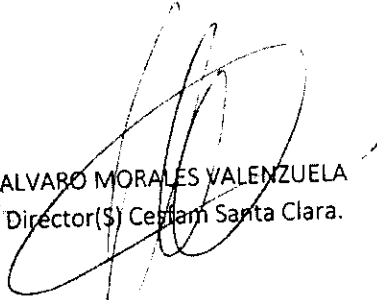
DE : Director(S) Cesfam Santa Clara .
A : Rodrigo Cancino Melo chofer - auxiliar.
MAT. : Traslado de paciente.

Santa Clara, 24 junio 2026.-

Estimado, solicito rescate de paciente a Chillán Hospital Herminda Martin y dialisis Chillán viejo el día 25 junio 2026 furgon patente kjxp81 , 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.,


ALVARO MORALES VALENZUELA
Director(S) Cesfam Santa Clara.

AMV/magc
Distribución:
La indicada
Finanzas

MEMORANDUM INTERNO Nº184

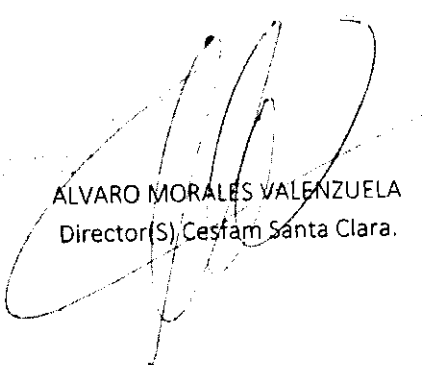
DE : Director(S) Cesfam Santa Clara .
A : Rodrigo Cancino Melo chofer - auxiliar.
MAT. : Traslado de paciente.

Santa Clara, 26 junio 2026.-

Estimado, solicito rescate de paciente a Chillán dialisis Chillán viejo el día 30 junio 2026 furgon patente kjxp81 , 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.,


ALVARO MORALES VALENZUELA
Director(S) Cesfam Santa Clara.

AMV/magc
Distribución:
La indicada
Finanzas

Comprobante de Transferencia

Monto **\$5.600**

Mensaje **Devolucion de gastos fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Rodrigo Cancino Melo**

RUT **[REDACTED]**

Banco **Banco Santander**

Cuenta **Cuenta Corriente**
[REDACTED]

Cuenta de origen

Cuenta **Cuenta Pro**
[REDACTED]

Fecha y hora **15/07/2026**
09:48:08

N° de operación **7001767**



DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	Rodrigo Carero Melo		
RUT	[REDACTED]		
Perteneciente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Jurídica	Indefinido	Cargo	Conductor
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	Pago Gastos 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 \$
	02-07-26	Bulnes	\$ 800 --
	02-07-26	Chillón	\$ 800 --
	07-07-26	Chillón	\$ 800 --
	07-07-26	Bulnes	\$ 800 --
	09-07-26	Chillón	\$ 800 --
	10-07-26	San Carlos	\$ 800 --
	10-07-26	San Carlos	\$ 800 --
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 5600 --


Firma Solicitante


Firma y Timbre Director
Responsable

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



MEMORANDUM INTERNO Nº 186

DE : Directora(s) Cesfam Santa Clara
A : Rodrigo Cancino Melo
Chofer- Auxiliar furgon patente kjxp 81
MAT. : cometidos de servicios.-

Santa Clara, 01 julio 2026

Estimado, solicito viajar a la comuna de Chillan Viejo al Centro de Dialisis al Centro medico Dialisis [REDACTED] por rescate de paciente a realizarse, el día jueves 02 de julio 2026 desde las 15:15 horas en adelante la salida en adelante la hora de llegada será anotada en el libro de asistencia y bitácora correspondiente, imputense los gastos peajes si corresponden al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente.

Paciente [REDACTED]
Rescate a las 16:00 horas.

Sin otro particular, atentamente a usted.,


KARINA WOLF VERGARA
Directora(s) Cesfam Santa Clara



KWV/mjem.
Distribución:
La indicada
Archivo Cesfam.

MEMORANDUM Nº192

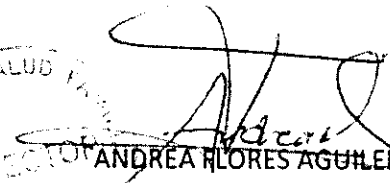
DE : DIRECTORA(S) CESFAM SANTA CLARA
A : DANIEL PAREDES SEPULVEDA
CHOFER CESFAM SANTA CLARA.

MAT : TRASLADO CHILLAN.

SANTA CLARA, 07 de JULIO 2026.

Junto con saludar, solicito a usted viajar a la ciudad de Chillán Seremi cometido traslado de vacunas jeep patente dfklr58 , el día 07 de julio 2026 desde las 08:45 horas en adelante, Impútese los gastos de peajes si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal vigente, TENS [REDACTED]

Sin otro particular, atentamente.,


DIRECTORA(S) CESFAM SANTA CLARA


AFA/magc

Distribucion:

- La indicada
- Archivo.

MEMORANDUM INTERNO Nº194

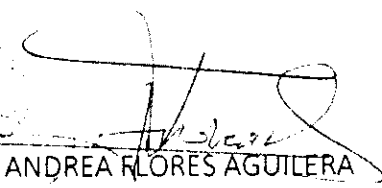
DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara .
A : Rodrigo Cancino Melo chofer - auxiliar.
MAT. : Traslado de paciente.

Santa Clara, 08 julio 2026.-

Estimado, solicito rescate de paciente a Chillán dialisis Chillán viejo el día 09 julio 2026 furgon patente kjxp81 , 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.,


ANDREA FLORES AGUILERA
Directora(S) Cesfam Santa Clara.


AFA/magc
Distribución:
La indicada
Finanzas

MEMORANDUM INTERNO Nº195

DE : Directora(S) Cesfam Santa Clara
A : Sr. Rodrigo Cancino Melo
Chofer - auxiliar
MAT. : Traslado .

Santa Clara, 09 julio de 2026.

Estimado, solicito viajar a la ciudad de San Carlos motivo traslado de usuarios y funcionarias del programa MAS AMA del Cesfam de Santa Clara por actividad deportiva lugar delegación Municipal la salida será desde el Cesfam Santa Clara en furgon patente kjxp81 el día 10 de julio 2026, desde las 08:30 horas en adelante la hora de llegada será anotada en la bitácora correspondiente, impútese los gastos de viático y peajes si corresponde al presupuesto del Departamento de Salud Municipal.

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 **\$5.600**

Mensaje **Devolucion de
gastos fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Rodrigo Cancino
Melo**

RUT **[REDACTED]**

Banco **Banco Santander**

Cuenta **Cuenta Corriente**
[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta **Cuenta Pro**
[REDACTED]

Fecha y hora **15/07/2026
09:49:28**

N° de operación **7003813**





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 REPARACION NEUMATICO FURGON DE TRASLADO PACIENTES		

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 \$
23697	15/07/2026	PAGO REPARACION NEUMATICO FURGON DE TRASLADO PACIENTES	\$7.000
MONTO TOTAL RENDIDO			\$7.000

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.



Comprobante de Transferencia

Monto **\$10.000**

Mensaje **Pendiente de
rendicin vulca**

Destinatario

Nombre **Rodrigo Cancino
Melo**

RUT

[REDACTED]

Banco

Banco Santander

Cuenta

Cuenta Corriente

[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta

**Cuenta Pro
55670084441**

Fecha y hora **10/07/2026**

10:01:38

N° de operación

7038687



*Reduccion Por
\$3.000.
Chavez*

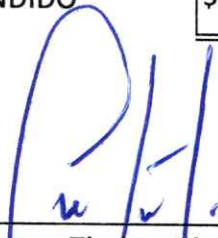
DATOS FUNCIONARIO SOLICITANTE			
Nombre completo	RODRIGO CANCINO MELO		
RUT	[REDACTED]		
Perteneiente a la Dirección o Departamento de			
Calidad Juridica	INDEFINIDO	Cargo	CHOFER
Nro. Cometido/Viatico/Autorización		Fecha Cometido	
Ciudad/Lugar Cometido			
Descripción breve cometido	PAGO REPARACION NEUMATICO FURGON DE TRASLADO PACIENTES		

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 \$
23698	15/07/2026	PAGO REPARACION NEUMATICO FURGON DE TRASLADO PACIENTES	\$9.000
MONTO TOTAL RENDIDO			\$9.000


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.

Formulario Nro.

Solicitud de Autorización

Fondo

Fecha Solicitud: 15/07/2026

DATOS FUNCIONARIO PARA QUIEN SE SOLICITA EL FONDO	
Nombre completo	RODRIGO CANCINO
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 REPARACION NEUMATICO			
Monto Solicitado		\$15.000	Monto Autorizado
			\$15.000
Plazo de ejecución del Gasto		Desde: 30/07/2026 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

Devueltos
\$ 6.000
en efectivo
15/07/2026

Comprobante de Transferencia

Monto **\$15.000**

Mensaje **Pago vulca**

Destinatario

Nombre **Rodrigo Cancino
Melo**

RUT

Banco

Cuenta

**Rodrigo Cancino
Melo**

Banco Santander

Cuenta Corriente

Cuenta de origen

Cuenta

Cuenta Pro

Fecha y hora

Nº de operación

15/07/2026

08:33:41

7005492







17 JUL 2026

Marcar con una X según corresponda

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)

RENDICIÓN DE GASTOS POR CAJA CHICA			
DETALLE GASTOS			Monto \$
N° Documento	Fecha Documento	Descripción del Gasto (Especificar el gasto efectuado)	
	14/07/2026	Relanja celular N° [REDACTED] para PSCU, 11mm pates resiste, 6ES, fondo ojo, etc.	\$ 5.000. ✓
MONTO TOTAL RENDIDO			\$ 5.000. -

V.B. JEFE
DEPTO. SALUD

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

MONTO TOTAL RENDIDO



VºBº Firma y Timbre Director
Responsable

Firma Solicitante

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.



RENDICION DE GASTOS MENORES

FECHA DE SOLICITUD: 17.08.26.

21 JUL 2026

DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE COMPLETO	Paula Rodríguez Villagrán		
RUT	[REDACTED]		
PERTENECIENTE AL DEPARTAMENTO	SALUD BULNES		
CALIDAD JURIDICA		CARGO Tens	CHOFER

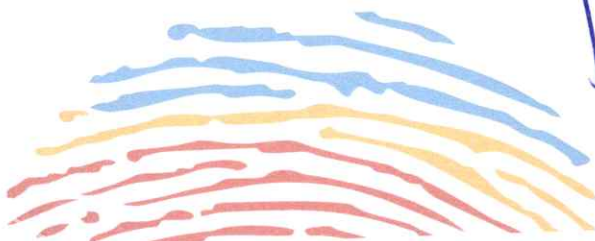
[illegible]

FIRMA SOLICITANTE

VºBº FIRMA Y TIMBRE RESPONSABLE

FIRMA Y TIMBRE JEFE DEPTO. SALUD

V.E. JEFE
DEPTO. SALUD
I. MUNICIPALIDAD DE BULNES



Comprobante de Transferencia

Monto **\$9.990**

Mensaje **Devolucion
gastos fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Paula Andrea
Rodriguez**

RUT

[REDACTED]

Banco

BancoEstado

Cuenta

Cuenta Vista

[REDACTED]

**Cuenta de
origen**

Cuenta

Cuenta Pro

[REDACTED]

Fecha y hora

21/07/2026

16:42:29



Comprobante de Transferencia

Monto **\$22.000**

Mensaje **Debolucion de gastos**

Destinatario

Nombre **Claudio Gabriel Lizama**

RUT

[REDACTED]

Banco

BancoEstado

Cuenta

Cuenta Vista

[REDACTED]

Cuenta de origen

Cuenta

Cuenta Pro

[REDACTED]

Fecha y hora

24/07/2026

12:44:40

7000505



Comprobante de Transferencia

Monto**\$9.500****Mensaje****Devolucin gastos
fondo fijo****Destinatario****Nombre****Claudio Gabriel
Lizama****RUT****[REDACTED]****Banco****BancoEstado****Cuenta****Cuenta Vista****[REDACTED]****Cuenta de
origen****Cuenta****Cuenta Corriente****[REDACTED]****Fecha y hora****29/07/2026****11:35:21****Nº de operación****7087317**

Comprobante de Transferencia

Monto **\$21.000**

Mensaje **Devolucion de
gastos fondo fijo**

Destinatario

Nombre **Mario Urra**

RUT

Banco **Banco Santander**

Cuenta **Cuenta Corriente**

**Cuenta de
origen**

Cuenta **Cuenta Corriente**

Fecha y hora **31/07/2026**

10:09:36

Nº de operación **7070031**



TRASPASO

Comprobante	59	Fecha	03/08/2026
Rut		Nombre	JHASSNA ANDREA OTAROLA OTAROLA
Departamento		Centro Costo	
Tipo Doc.	RENDICION	Numero Doc.	7
Glosa	RENDICION FONDO FIJO JULIO 2026		

Banco	Banco Estado-Presupuesto			Fecha Cheque	/ /
Decreto pago		N° Egreso			

DETALLE DEL COMPROBANTE			
Código Cuenta	Descripción	Debe	Haber
215-22-12-002-000-000	Gastos Menores		133,837
532-12-00-000-000-000	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	133,837	
215-22-12-002-000-000	Gastos Menores	133,837	
114-03-00-000-000-000	Anticipos a Rendir Cuenta		133,837
Total		267,674	267,674

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

LIQUIDACION DE PAGO

I MUNICIPALIDAD DE BULNES	10-08-2026 11:25:46
Empresa / Institucion pagadora	Fecha Liquidación

Jhassna Andrea Otarola Otarola	16.444.590-9
Nombre Beneficiario	Rut Beneficiario

12385829
Identificador de Pago

\$133.837
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	12385829	BANCOESTADO		06/08/2026
Modalidad de Pago	Numero de operación	Banco	Sucursal de pago	Fecha de Cobro

DETALLE DEL PAGO

