

LITUECHE, 1 de Agosto de 2018

Vistos:

Decreto

Páguese a: FRANCISCA ANDREA ORTIZ VALDIVIA

Rut

La Cantidad de 4,000 CUATRO MIL PESOS

Correspondiente a: PAGO POR CONCEPTO DE DEVOLUCION DE PASAJES

Documento	Número	Fecha	Monto
OTRO	6	19/06/2018	4,000

COMPROBANTE DEVENGAMIENTO:

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
215-22-08-007-001-000	PASAJES, FLETES Y BODEGAJES		4,000
532-08-00-000-000-000	SERVICIOS GENERALES	4,000	
Totales		4,000	4,000

COMPROBANTE DE EGRESO:

ASIENTO N° FECHA

EGRESO N° FECHA CHEQUE N° \$

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
111-02-01-000-000-000	CTE. SALUD 0084		4,000
215-22-08-007-001-000	PASAJES, FLETES Y BODEGAJES	4,000	
Totales		4,000	4,000



GABRIELA FREDES PONCE
HABILITADA DSM

Secretario
MUDARRA URIBE SILVA
SECRETARIA MUNICIPAL



CLAUDIA SALAMANCA MORIS
ADMINISTRADOR POR ORDEN DEL



PABLO VIAL VERA
UNIDAD DE CONTROL (S)

FECHA DE PAGO _____ DE _____ DE _____

4 EGRESO PAGADO

COMPROBANTE: 354

FECHA: 01/08/2018

R.U.T.: 

NOMBRE: FRANCISCA ANDREA ORTIZ VALDIVIA

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION

CENTRO DE COSTO: DEPTO. SALUD

TIPO DOC.: OTRO

N° DOCUMENTO: 6

GLOSA: PAGO POR CONCEPTO DE DEVOLUCION DE PASAJES

BANCO: CTA .CTE. SALUD 084

N° CHEQUE: 0

FECHA CHEQUE:

DECRETO PAGO: 354

N° EGRESO: 0

DETALLE DEL COMPROBANTE

CODIGO CUENTA	DESCRIPCION	DEBE	HABER
111-02-01-000-000-000	CTA. CTE. SALUD 0084	0	4,000
215-22-08-007-001-000	PASAJES, FLETES Y BODEGAJES	4,000	0
TOTAL:		4,000	4,000

PREPARADO POR



D.A.F.



3 EGRESO DEVENGADO

COMPROBANTE: 383

FECHA: 01/08/2018

R.U.T.: [REDACTED]

NOMBRE: FRANCISCA ANDREA ORTIZ VALDIVIA

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION

CENTRO DE COSTO: DEPTO. SALUD

TIPO DOC.: OTRO

N° DOCUMENTO: 6

GLOSA: PAGO POR CONCEPTO DE DEVOLUCION DE PASAJES

BANCO: CTA .CTE. SALUD 084

N° CHEQUE: 0

FECHA CHEQUE:

DECRETO PAGO:

N° EGRESO: 0

DETALLE DEL COMPROBANTE

CODIGO CUENTA	DESCRIPCION	DEBE	HABER
215-22-08-007-001-000	PASAJES, FLETES Y BODEGAJES	0	4,000
532-08-00-000-000-000	SERVICIOS GENERALES	4,000	0
TOTAL:		4,000	4,000

Obligación	Fecha	Código Cuenta	Valor	Documento	Presupuesto	Obligaciones	Saldos Pres.
378	01/08/2018	215-22-08-007-001-000	4,000	6	1,500,000	1,120,928	375,072

N° Obl.	Código Cuenta	Area Gestión	Programa	SubPrograma	Monto
---------	---------------	--------------	----------	-------------	-------

[REDACTED]

PREPARADO POR



JEFE CONTABILIDAD

[REDACTED]

D.A.F.



CONTROL

OBLIGACION

Comprobante: 378

Rut: [REDACTED]

Tipo Doc.: OTRO

Banco: CTA .CTE. SALUD 084

Glosa: PAGO POR CONCEPTO DE DEVOLUCION DE PASAJES

Fecha: 01/08/2018

Resolución:

Nombre: FRANCISCA ANDREA ORTIZ VALDIVIA

N° Documento: 6

Departamento: DEPARTAMENTO DE

Centro de Costo: DEPTO. SALUD

Listado de Cuentas

Código Cuenta	Descripción	Monto	Presupuesto	Obligaciones	Saldo Presup.
215-22-08-007-001-000	PASAJES, FLETES Y BODEGAJES	4,000	1,500,000	1,120,928	375,072
TOTAL:		4,000			

Código Cuenta	Area Gestión	Programa	Sub Programa	Monto	Pres. Vigente	Obl. Acumulada	Saldo
---------------	--------------	----------	--------------	-------	---------------	----------------	-------

[REDACTED]

PREPARADO POR



[REDACTED]

D.A.F.





ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DIRECCIÓN DE SALUD

PLANILLA DE RENDICION DE GASTOS MENORES

DE : FRANCISCA ORTIZ VALDIVIA ~~XXXXXXXXXXXX~~

A : Señor Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Litueche
Don René Acuña Echeverría
Presente

1.- Adjunto sírvase encontrar relación de gastos menores que se detallan, a objeto de autorizar la cancelación respectiva:

Motivo del Gasto: A CENTRO MEDICO SAN AGUSTIN A RETURAR EXAMENES DE POSTAS.- Pasaje			
Nº de Salida (1) 5	S/O	Patente Vehículo (1)	Locomoción Colectiva

(1) Información exigible sólo para los conductores

DETALLE DEL GASTO

Nº	Número del Documento	Fecha del Documento	Detalle del Gasto	Monto \$
1	0114231	19/06/18	Pasaje a Melipilla	2000
2	0109421	19/06/18	Pasaje a Quelentoro	2000
			TOTAL	4000

2.- Se adjuntan boletas y/o comprobantes de los gastos antes detallados.

Saluda Atentamente a Ud.

Firma Funcionario Municipal

19/06/2018 PASAJES IDA Y VUELTA
MELIPILLA

Nº 0114231
SERIE JST
TranSantin
DESDE
TranSantin
HASTA
TranSantin
TARIFA
\$ 2.000.-
VALIDO PARA EL DIA Y HORA DE SALIDA PASAJERO CONSERVE SU BOLETO

EL PASAJERO ESTA OBLIGADO HACER DECLARACION ESCRITA A LA FISCALIA CUANDO EL VALOR DE LOS OBJETOS QUE TRANSPORTE O REMITA EXCEDA DE CINCO UNIDADES TRIBUTARIAS MENSUALES

Nº 0109421 Nº 0109421
SERIE JS EMPRESA Central Rapel
MELIPILLA
AV. MANZO 590 - FONDO: 22832 7118
2018
ASIENTO
FECHA 17 JUN 2018
TARIFA \$ 2000
INSPECTOR
VALIDO PARA EL DIA Y HORA DE SALIDA CONSERVE SU BOLETO

SE DEBE HACER DECLARACION ESCRITA A LA FISCALIA CUANDO EL VALOR DE LOS OBJETOS QUE TRANSPORTE O REMITA EXCEDA DE CINCO UNIDADES TRIBUTARIAS MENSUALES