



FORMULARIO RENDICIÓN MENSUAL DE FONDO FIJO

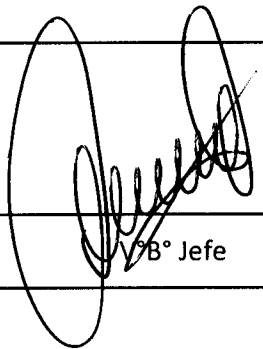
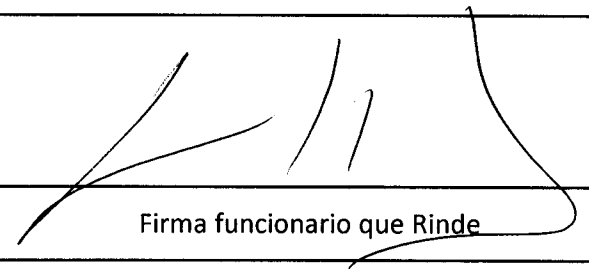
MES: Mayo 2016_____

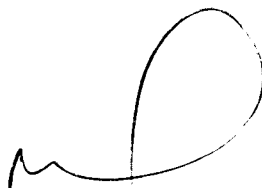
Nombre y Apellidos del Funcionario	RUT
Luis Zapata Sierra	14,117,526-2

Identificación Unidad
Servicios Generales

Fecha de Rendición	N° Resolución que asigna el Fondo y Fecha
06-06-2016	42 del 12 de enero del 2016

RENDICION	
Saldo Anterior	\$ 36.700
Monto Recibido	\$ 13.300
Monto Gastado durante el mes	\$ 11.900
Saldo	\$ 38.100

	
78° Jefe	Firma funcionario que Rinde


06-06-2016



DETALLE DE GASTOS MENORES

MES MAYO DEL 2016

N° BOL/FACT.	FECHA	PROVEEDOR	DESCRIPCION O NOMBRE DEL PRODUCTO/SERVICIO	MONTO
75052	03-05-2016	TACSO	ENCOMIENDA OVALLE	\$ 3.600
1201	21-05-2016	FRANCISCO GODOY	PASAJES PAGO ENTEL MALL	\$ 1.200
2016141239	09-06-2016	FRANCISCO GODOY	PASAJES ENTREGA LICENCIA MEDICA CRUZ BLANCA	\$ 1.100
0	19-05-2016	FRANCISCO GODOY	PASAJES ENTREGA LICENCIA MEDICA EN BANMEDICA	\$ 1.200
28147078	18-05-2016	FRANCISCO GODOY	PASAJES SERVIPAG - MALL	\$ 1.200
15913605	17-05-2016	FRANCISCO GODOY	PASAJES PAGO ENTEL MALL	\$ 1.200
2016126491	12-05-2016	FRANCISCO GODOY	PASAJES ENTREGA LICENCIA MEDICA CRUZ BLANCA	\$ 1.200
49701096	10-05-2016	FRANCISCO GODOY	PASAJES ENTREGA LICENCIA MEDICA CONSALUD	\$ 1.200
MONTO TOTAL				\$ 11.900

FIRMA DEL TITULAR O SUPLENTE

TAXIS COLECTIVOS
"TACSO"

OVALLE - COQUIMBO - LA SERENA
OVALLE: Ariztía Poniente N° 159 - Fono: 53-2630989
LA SERENA: Domeyko N° 571 - Fono: 51-2215507

FECHA: 3-5 DE 2016
DESTINATARIO: Serviu - Ovalle

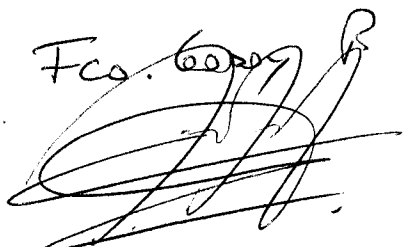
AGENCIA ☐ **CANCELADO**
DOMICILIO ☐ SOBRE ☐ CAJA ☒
TELÉFONO ☐ PAQUETE ☐ GIRO ☐
CONDUCTOR SR: Dato Ton
HORA DE SALIDA: _____

VALOR \$ 300 **75052**
NOTA: Declarar dinero y documentos importantes
Retirar dentro de 48 horas

RECIBI CONFORME
RUT: _____ REMITENTE
RUT: 13 223 894-4

Samuel Honores A. Independencia 581 - Ovalle

- ENTREGA DE ENCOMIENDA A DELEGACIÓN OVALLE
- 1 PASAJE DE SERVIU HASTA LA AGENCIA TACSO.
valor \$ 600=

Fco. Lopez R

13 223 894-4

03/05/2016

Entel DGS Telecomunicaciones S.A
Caso Matriz: Andres Bello 2711, Piso 14
Los Condes
Ofico: Telecomunicaciones
RUT: 96.880.000-9

COMPROBANTE DE PAGO

Numero: 8022208 Fecha: 20/05/2016
Oficina: Matriz Hora: 10:58
Estacion: 72 Nro. Pago: 5117287092
Cajero: EXT. CUARTAS
Rut G.: 61810000-0

DETALLE DE DOCUMENTOS PAGADOS

Empresa Tipo Numero Costos G. Monto

1 ENTELS.A.PAC 15931546 40 \$1017495

MEDIOS DE PAGO

Tipo Numero Banco Venc. Valor

Cheque 5070413 012 20/05/16 \$1017495

Total: \$1017495

RUT: 96.880.000-7
FACTURA ELECTRONICA
N° 15931546

S.I.I. SANTIAGO ORIENTE

RECORRIDO

AY-2016

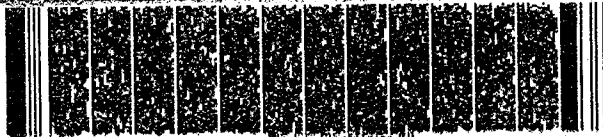
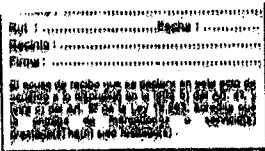
855.098
855.098

855.098
855.098

GS AL 20.04.2016

Para obtener información
sobre el estado o detalle
de su cuenta, visite
www.entel.cl

NETO : 855.098
IVA 19% : 163.497
TOTAL : 1.017.495



Timbre Electrónico SII
Res. 47 de 2008 - Verifique documento: www.sii.cl

entel

Empresa de Telecomunicaciones S.A.
R.C. 1.772.800.000

SERVICIO DE VIVIENDA Y URBANIZACION IV REGION
ALMAZOR NRO: 373 LA SERENA

G.C. - HES:



6180400159315460000017495

COMPROBANTE DE PAGO

N° FACTURA: 15931546 / 61.818.000-9

TOTAL : 1.017.495

SALDO ANTERIOR : 0

ABONO : 0

TOTAL A PAGAR: 1.017.495

VENCIMIENTO: 20/05/2016

Comprobante válido sólo con timbre de caja

2027

TRASLADO DE SERVICIO A
\$ 1200.-

entel (matr.)

Fco. Garay P.

21/05/2016.

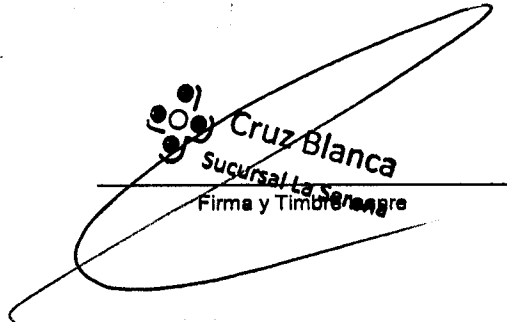


RECEPCIÓN DE LICENCIA MÉDICA

Fecha de Recepción: 25/05/2016

Rut Cotizante: 6326493-8

Número Correlativo : 2016141239
Servicio de Salud : 78 ISAPRE CRUZBLANCA S.A.
Sucursal : LA SERENA
Nombre Cotizante : MARIA CECILIA ESQUIVEL MORALES
Folio de la Licencia : 2-50593708
Fecha Inicio Licencia : 23/05/2016
Razón Social Empleador : SERVICIO DE VIVIENDA Y URBANIZ
Rut Empleador : 61816000-9
Fecha probable de pago (*) : 09/06/2016
Tipo de Licencia : PRIMERA
Antecedentes No Recepcionados :



El pago de Subsidio está sujeto a :

- 1.- Aprobación de la licencia médica por Contraloría Médica,
- 2.- Cumplimiento de requisitos para pago de subsidio,
- 3.- Presentación de todos los antecedentes solicitados y
- 4.- Presentación de Solicitud de Cobro (sólo empleadores sector público y con convenio de pago).
- 5.- Si necesita conocer detalle de liquidación de subsidios puede consultara Call Center, página Web y en cualquiera de nuestras sucursales

Lugar de pago: En cualquier sucursal del BANCO BBVA

Sr(es). SERVICIO DE VIVIENDA Y URBANIZ Rut: 61816000-9

Informamos a Usted que posee una deuda por concepto de cotizaciones previsionales con esta institución.

A la fecha, se registra(n) 0 Empleado(s) con situación irregular en sus pagos, totalizando un monto impago que asciende a 0.-

La presente situación constituye un incumplimiento de lo estipulado en los artículos 30 y 31 de la ley 18933, exponiéndose asimismo a las sanciones que la propia ley laboral estipula.

Para aclarar esta situación le agradeceremos se contacte con al teléfono.

Para evitar molestias futuras, Usted debe regularizar su situación de pagos. Es importante destacar que esta situación es causal de termino de contrato.

Si la fecha de emisión de este detalle, usted ha regularizado su situación de pagos, le agradeceremos no considerarlo.

Traslado de SERVIVU a Cruz Blanca \$ 1200.-

Fco. Gossy P



ALDIAR00 / CB-01-1388

Blanca Villalobos Adams
5.801.537-7 C/Nº 2-45126869
A/C 22/04/2016 Al 22/04/2016
1 DÍAS

27 ABR. 2016
COMPIN
RECIBIDO
MINISTERIO DE SALUD
REGION DE COQUIMBO

MARIA BRAVO ALVAREZ
13.061.430-2 C/Nº 2-50205954
A/C 02/05/2016 Al 16/05/2016
15 DÍAS

COMPIN
05 MAYO 2016
RECIBIDO
CONSALUD S.A.
SUC. LA SERENA

GLADYS NAYEM GONDE
10.339.917-3 C/Nº 2-49701096
A/C 09/05/2016 Al 13/05/2016
05 DÍAS

RECIBIDO
11/05/2016
CONSALUD S.A.
SUC. LA SERENA

ANA MARIN LAPA
17.193.141-K C/Nº 2-50831059
A/C 11/05/2016 Al 09/06/2016
20 DÍAS

COMPIN
12 MAYO 2016
ISAARE CRUZ BLANCA
12 MAYO 2016
CRUZ BLANCA
RECIBIDO
LA SERENA

Manuel ASCUI BARTH
1.893.703-1 C/Nº 2-50207822
A/C 10/05/2016 Al 13/05/2016
04 DÍAS

CRUZ BLANCA
12 MAYO 2016
BANMEDICA S.A.
LA SERENA
BA-MENCA
17 MAY 2016
17 MAYO 2016

MARCELA BRAHFF TRUJILLO
15.051.055-4 C/Nº Anexo 2
A/C 07/06/2016 Al 10/10/2016
126 DÍAS

BANMEDICA S.A.
LA SERENA
BA-MENCA
17 MAY 2016
17 MAYO 2016
RECIBIDO

EVERLYN REEST PUSCHUL
1.428.856-K C/Nº 2-50210098
A/C 18/05/2016 Al 20/05/2016
3 DÍAS

COMPIN
19 MAYO 2016

CRISTINA CABRERA MANSILLA
1.078.431-5 C/Nº 2-50210095
A/C 16/05/2016 Al 19/05/2016
04 DÍAS

BANMEDICA S.A.
S. Zúñiga
BANMEDICA S.A.
FECHA 19/05/2016
RECIBIDO
19 MAYO 2016

\$1200 POR TRASLADO DE SERVICIO A BANMEDICA
FCO Godoy

COMPROBANTE DE PAGO

Ciente total

100
0
300
500

dos durante
de pago de

LBUTARIA

18-05-2016

08 DEL SUMINISTRO

1011 MIGUEL AGUIRRE 484

L AGUIRRE SUB, OVALLE

Parlario: SN: 1 SVAB: 3 TS:

1 conectada: 4.40

ión: OVALLE 110/66/24/13,8 KV

bito para cambio de tarifa:
del cliente

Alcance de tarifa: Indefinida

Servicio	Monto Pagado
83421 CONAFE Codigo Barra 32	\$1.050.500

Numero_Cliente : 5582086

Num.Servicios: 1 Total: \$1.050,500

Medio de Pago: CHEQUE_OTROS_BCO

Serie :5070402

Cta Cte:12509094118

Banco :12 Plaza:120

Horario : NORMAL

TICKET id: 368190941

CRC : 04/05/2019

TICKET TO: Dhsia...

REF ID: A66000

LE DE LA CUENTA / FACTURACIÓN

Eléctrico	\$	2.186
Fijo	\$	1.222
Costo Medidor	\$	464
Pago Fuera de Plazo	\$	485
Intereses por Mora	\$	35
Otros Cargos	\$	14
Ajuste de Sencillo Anterior a Favor del Cliente	\$	22
Ajuste de Sencillo Actual a Favor del Cliente	\$	1

\$ 1200

X Por traslado de
PASAJE DE SERVIDOR A
SERVIDOR - (Jumbo)

Total a pagar

\$ 2.200

CUPÓN DE PAGO

Total a pagar: \$

2,200

[illegible]

SEC 8-600 6000 732
 For the full class of 25 students

Timbre Electrónico S.L.I., Reg. 136 de 10/09/2009

traslado en colectivo desde serviu a entel mo//
\$ 1200.-

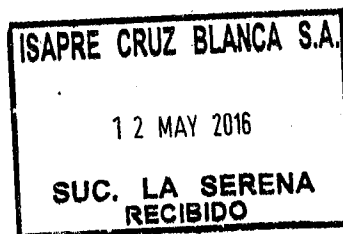


RECEPCIÓN DE LICENCIA MÉDICA

Fecha de Recepción: 12/05/2016

Rut Cotizante: 8893703-1

Número Correlativo : 2016126491
Servicio de Salud : 78 ISAPRE CRUZBLANCA S.A.
Sucursal : LA SERENA
Nombre Cotizante : MANUEL ALFONSO ASCUI BARTH
Folio de la Licencia : 2-50207822
Fecha Inicio Licencia : 10/05/2016
Razón Social Empleador : SERVICIO DE VIVIENDA Y URBANIZ
Rut Empleador : 61816000-9
Fecha probable de pago (*) : 27/05/2016
Tipo de Licencia : PRIMERA
Antecedentes No Recepcionados :



Firma y Timbre Isapre

El pago de Subsidio está sujeto a :

- 1.- Aprobación de la licencia médica por Contraloría Médica.
- 2.- Cumplimiento de requisitos para pago de subsidio.
- 3.- Presentación de todos los antecedentes solicitados y
- 4.- Presentación de Solicitud de Cobro (sólo empleadores sector público y con convenio de pago).
- 5.- Si necesita conocer detalle de liquidación de subsidios puede consultara Call Center, página Web y en cualquiera de nuestras sucursales

Lugar de pago: En cualquier sucursal del BANCO BBVA

Sr(es). SERVICIO DE VIVIENDA Y URBANIZ Rut: 61816000-9

Informamos a Usted que posee una deuda por concepto de cotizaciones previsionales con esta institución.

A la fecha, se registra(n) 0 Empleado(s) con situación irregular en sus pagos, totalizando un monto impago que asciende a 0.-

La presente situación constituye un incumplimiento de lo estipulado en los artículos 30 y 31 de la ley 18933, exponiéndose asimismo a las sanciones que la propia ley laboral estipula.

Para aclarar esta situación le agradeceremos se contacte con al teléfono.

Para evitar molestias futuras, Usted debe regularizar su situación de pagos. Es importante destacar que esta situación es causal de termino de contrato.

Si la fecha de emisión de este detalle, usted ha regularizado su situación de pagos, le agradeceremos no considerarlo.

+ \$ 1.200.- POR PASAJES DE COLECTIVOS.
DESDE SERVICIO A CRUZ BLANCA.



KAMAMU01 / CB-01-1471

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

N	A	Y	E	M	E	A	D	E	G	L	A	D	Y	S	C	A	T	H	E	R	I	N	E
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES													

FECHA INICIO DE REPOSO

005 CINCO

Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

Nº DE DIAS

Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

[illegible]

A.3. TIPO DE LICENCIA

A.S. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NACIM.
 4= ENFERMEDAD GRAVE HASTA FIN DE 1 AÑO
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL ☐ 1= SI ☐ 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

TRAYECTO 1= SI ☐ 2= NO ☐

CONSALUD S.A.
 INICIO DE LA SEPEÑA
 DE INVALIDEZ 1= SI ☐ 2= NO ☐

RECEBIDO
 10 MAYO 2016

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL		SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE
LUGAR DE REPOSO 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO				
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____				
DIRECCION DE REPOSO				
MONJITAS				
CALLE				
2398				
Nº DPTO				
COMPAÑIA BAJA				
VILLA O POBLACION				
LA SERENA				
COMUNA				
51 2251874				
TELEFONO CELULAR				
CORREO ELECTRONICO				

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTE FAX Y ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL REGISTRADO

HEIDER ROJAS KLAUS																			
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES									
7398691					5														
ELIJU										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL									

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE

LA SERENA

COMUNA

NEUROCIROGIA
ESPECIALIDAD

☒ 1= MEDICO
☐ 2= DENTISTA
☐ 3= MATRONA

blaurheil@gmail.com
CORREO ELECTRONICO

1624

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

[illegible]

días hábiles siguientes de recepción del documento.