



RENDICION DE SOLICITUD N°008/2020

Arica, 03 de abril del 2020

DE: MICHAEL ALVAREZ CABRERA, ASISTENTE ADMINISTRATIVO
A: ROBINSON FUENTES IGNACIO, EJECUTIVO DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
REF: REMITE RENDICION DE FONDOS RECIBIDOS PARA COMETIDOS ESPECIFICOS,
SEGÚN SOLICITUD N°008/2020 DE FECHA 24/03/2020.

Nos permitimos remitir los documentos que más abajo se detallan, correspondientes a cometidos específicos que fueron entregados en:

Fecha	N° Comprobante	Destino	\$ Monto
27/03/2020	1700001556	Gastos de actualización de documentación de los vehículos fiscales de la Dirección Regional de Arica y Parinacota.	110.000

Dichos fondos fueron solicitados por:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	MICHAEL ALVAREZ CABRERA
RUT	13.638.395-7
UNIDAD	DIRECCION REGIONAL ARICA Y PARINACOTA
PROYECTO	SOPORTE

Los que fueron gastados, según se refleja en el siguiente detalle:

DETALLE GASTOS EFECTUADOS						
Fecha	Tipo Doc.	N° documento	Detalle	Cantidad	Precio	Valor
03/04/2020	Permiso	5693064	Permiso de Circulación Patente DHLH56	1	29.800	29.800
03/04/2020	Seguro	68368633-6	Seguro Obligatorio Patente DHLH56	1	5.190	5.190
03/04/2020	Permiso	5719341	Permiso de Circulación Patente GWXT73	1	60.727	60.727
03/04/2020	Seguro	68372223-5	Seguro Obligatorio Patente GWXT73	1	7.590	7.590
			TOTAL			

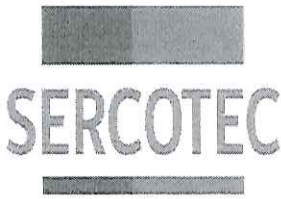
RESUMEN	
A. TOTAL FONDOS RECIBIDOS	\$ 110.000
B. TOTAL GASTOS EFECTUADOS	\$ 103.307
C. + REINTEGRO FONDOS, Operación 330830975 FECHA 08/04/2020	\$ 6.693
D. GASTOS EFECTUADOS + REINTEGRO FONDOS	\$ 110.000
E. SALDO FAVOR FUNCIONARIO (Cuando A es menor que B)	\$ 0

V° B°

MICHAEL ALVAREZ CABRERA
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
SERCOTEC-DIRECCION REGIONAL ARICA Y PARINACOTA

Notas:

1. No están autorizados los siguientes gastos: coronas de caridad, flores, regalos, medicamentos y propinas.
2. todos los campos son obligatorios



Memo

N°	: (ORD.) 008/2020
DE	: MICHAEL ALVAREZ CABRERA Asistente Administrativo
A	: CHRISTIAN ALVAREZ MANCILLA Director Regional. Arica y Parinacota
REF.	: Solicitud de fondos por cometidos específicos.

ARICA, marzo 24 de 2020

En relación a la referencia, el Sr. (a) Michael Álvarez Cabrera, Rut: N°13.638.395-7, solicita la suma de \$ 110.000, los que se destinarán a gastos de:

Detalle	Monto
1.- Gastos de actualización de documentación de los vehículos fiscales de la Dirección regional de Arica y Parinacota. Seguro Obligatorio y Permiso de circulación.	\$ 110.000
TOTAL	\$ 110.000

Fondos que se rendirán a más tardar el 03/04/2020 al Ejecutivo de Administración y Finanzas de Sercotec, Don Robinson Fuentes Ignacio.

Nota:

_____ CAMPOS OBLIGATORIOS

Sin otro particular.

Atentamente,


MICHAEL ALVAREZ CABRERA
Asistente Administrativo
SERCOTEC
Dir.Reg.Arica y Parinacota

Michael Alvarez Cabrera
Asistente Administrativo
Dirección Regional Arica y Parinacota


Robinson Fuentes Ignacio
Ejecutivo de Adm. y Finanzas
SERCOTEC
Dir.Reg. Arica y Parinacota

COMPROBANTE DE PAGO DE PERMISO DE CIRCULACION

SERIE AB 5693064

3.- TESORERIA

 MUNICIPALIDAD DE ARICA 2020		FECHA 03/04/2020	PLACA UNICA DHLH56-1
NOMBRE (O RAZON SOCIAL) SERV.COOPERACION TECNICA DOMICILIO LAUTARO 471 B		COMUNA ARICA	R.U.T. 82.174.900-K FONO 251575
VEHICULO STATION WAGON PTS. 5 AST. 0 KG. 0,00	MARCA SUZUKI CHASIS 4610120	MODELO GRAND NOMADE GLX SPORT 4 AÑO 2011 MOTOR F9QB063906	COLOR BLANCO PERLA
CODIGO S.I.L. (SU2290233) PAGO EN CUOTAS PERM. ANT. CC. 1900 COMB. D TRM. M EQU. F SELLO: VERDE	TASACION 5.960.000 PGO. TOTAL 29.800	PERMISO PAGADO 1150302001001 11.175 1150302001002 18.625 I.P.C. MULTAS TOTAL A PAGAR 29.800	 TOTAL X CUOTA 1 CUOTA 2

Este documento contiene una firma electrónica avanzada.

Verificar en www.muniarica.cl. ID: r93oi-001me

PERMISO DE CIRCULACION


SERIE AB 5693064

4.- CONTRIBUYENTE

 MUNICIPALIDAD DE ARICA		AÑO 2020	PLACA UNICA DHLH56-1	TOTAL X
VEHICULO STATION WAGON CARGA 0,00 AST. 0	MARCA SUZUKI MODELO GRAND NOMADE GLX SPORT 4 MOTOR F9QB063906	AÑO 2011 PTS. 5	 FIRMA Y TIMBRE CAJERO	CUOTA 1
CONTRIBUYENTE SERV.COOPERACION TECNICA R.U.T. 82.174.900-K <small>No acredita dominio de vehículo</small>		PERIODO 31/03/2021 TOTAL PAGADO 29.800 CODIGO S.I.L. (SU2290233) CC 1900 COMB D TRM M EQU F		Digitally signed by CHRISTIAN ALBERTO DIAZ RAMIREZ Date: 2020.04.03 05:01:06 Location: ARICA

Este documento contiene una firma electrónica avanzada.

Verificar en www.muniarica.cl. ID: r93oi-001me

ORIGINAL ASEGURADO N° Folio E 9209311183		POLIZA N° 68368633-6	
(O COPIA: MUNICIPALIDAD)		Bci Seguros Consultas sobre la vigencia de este seguro en www.bciseguros.cl o en el tel: 6002001010	
Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, Bajo el código POL320130487.		Huérfanos 1189 Piso 8 Tel: 6002001010	
INSCRIPCION R.V.M.: DHLH56-1		CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES PERSONALES ELECTRONICO LEY 18.490.	
TIPO DE VEHICULO: STATION WAGON		PROPIETARIO: SERVICIO DE COOPERACION TECNICA	
MARCA: SUZUKI	PROPIETARIO: SERVICIO DE COOPERACION TECNICA		
MODELO: GRAND NOMADE 1.9	AÑO: 2011	RUT: 82.174.900-K	RIGE DESDE: 03-04-2020 HASTA: 31-03-2021
NUMERO DE MOTOR: F9QB063906	PRIMA: 5.190	 FIRMA APODERADO COMPAÑIA	
IMPORTANTE: INFORMACION SOBRE ESTE SEGURO		En el caso de incapacidad permanente parcial, los pagos por gastos médicos sumados a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder el equivalente a 300UF .	
COBERTURA: El SOAP cubre la muerte, incapacidad permanente y gastos médicos producto de lesiones sufridas a consecuencia de accidentes de tránsito en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas.		QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE: El afectado o quien actúe por él, debe asegurarse que ha quedado estampada la denuncia en una unidad de Carabineros, donde se identifique la fecha, hora y lugar del accidente, las personas lesionadas o fallecidas y los datos de los vehículos involucrados (al menos patente, número de póliza y aseguradora que emitió el SOAP).	
Los gastos médicos comprenden: atención prehospitalaria, transporte sanitario, hospitalización, atención médica y quirúrgica, dental, prótesis e implantes, gastos farmacéuticos y gastos por concepto de rehabilitación de las víctimas.		COMO COBRAR EL SOAP: Debe presentarse la solicitud en las oficinas de la aseguradora, adjuntando Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público para el cobro del SOAP , y:	
PERSONAS CUBIERTAS: El conductor, las personas transportadas en el vehículo asegurado y cualquier tercero afectado en el accidente. En caso de muerte del accidentado la indemnización se pagará a sus beneficiarios, en el siguiente orden de precedencia: el cónyuge, los hijos menores de edad, los hijos mayores de edad, los padres, la madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y, a falta de los anteriores, sus herederos legales.		- En caso de muerte: certificado de defunción del fallecido y libreta de familia u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario. - En caso de incapacidad permanente: certificado otorgado por el médico tratante que acredite la incapacidad (naturaleza y grado). - En caso de gastos médicos: comprobantes de pago (boletas, facturas) de los gastos, junto con órdenes de exámenes o tratamientos y recetas de medicamentos.	
INDEMNIZACIONES: - 300 UF en caso de muerte, previa deducción de los gastos médicos - 300 UF en caso de incapacidad permanente total, evento en el cual no se deducen los gastos médicos - hasta 200 UF en caso de incapacidad permanente parcial, según su grado - hasta 300 UF por gastos médicos. Las indemnizaciones por muerte e incapacidad total y parcial no son acumulables. Si se hubiere pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador sólo pagará el remanente hasta el equivalente de 300 UF .		También puede efectuarse el cobro directamente por la entidad hospitalaria o previsional que presta el servicio. El plazo para cobrar este seguro es de un año a contar de la fecha del accidente o de la muerte del afectado. Para mayor información consulte en la compañía de seguros o en el sitio Web la Comisión para el Mercado Financiero.	

N° Folio E 9209311183		POLIZA N° 68368633-6	
Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, Bajo el código POL320130487.		Bci Seguros Consultas sobre la vigencia de este seguro en www.bciseguros.cl o en el fono 6002001010	
INSCRIPCION R.V.M.: DHLH56-1		CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES PERSONALES ELECTRONICO LEY 18.490.	
TIPO DE VEHICULO: STATION WAGON		PROPIETARIO: SERVICIO DE COOPERACION TECNICA	
MARCA: SUZUKI	PROPIETARIO: SERVICIO DE COOPERACION TECNICA		
MODELO: GRAND NOMADE 1.9	AÑO: 2011	RUT: 82.174.900-K	RIGE DESDE: 03-04-2020 HASTA: 31-03-2021
NUMERO DE MOTOR: F9QB063906	PRIMA: 5.190	 FIRMA APODERADO COMPAÑIA	

COMPROBANTE DE PAGO DE PERMISO DE CIRCULACION

SERIE AB 5719341



3. TESORERIA	 MUNICIPALIDAD DE ARICA 2020		FECHA 03/04/2020	PLACA UNICA GWXT73-5	
	NOMBRE (O RAZON SOCIAL) SERV.COOPERACION TECNICA DOMICILIO LAUTARO 471 B		COMUNA ARICA	R.U.T. 82.174.900-K FONO 251575	
	VEHICULO CAMIONETA PTS. 4 AST. 5 KG. 0,00	MARCA NISSAN CHASIS MNTVCUD40E6603530	MODELO NAVARA SE 2MT MOTOR YD25872223B	AÑO 2015 COLOR BLANCO	
	CODIGO S.I.L. (CT1760318) PAGO EN CUOTAS PERM. ANT. CC. 2500 COMB. D TRM. M EQU. N SELLO: VERDE-0	TASACION 9.053.085 PGO. TOTAL 60.727	PERMISO PAGADO 1150302001001 22.773 1150302001002 37.954	 FIRMA Y TIMBRE CAJERO	TOTAL X CUOTA 1 CUOTA 2
		I.P.C. MULTAS			
		TOTAL A PAGAR 60.727			

Este documento contiene una firma electrónica avanzada.

Verificar en www.muniarica.cl. ID: r95mm-001me




PERMISO DE CIRCULACION

SERIE AB 5719341

4. CONTRIBUYENTE	 MUNICIPALIDAD DE ARICA		AÑO 2020	PERIODO 31/03/2021	PLACA UNICA GWXT73-5	TOTAL X	
	VEHICULO CAMIONETA COLOR BLANCO CARGA 0,00 AST. 5	MARCA NISSAN MODELO NAVARA SE 2MT MOTOR YD25872223B	AÑO 2015 PTS. 4		TOTAL PAGADO 60.727	 FIRMA Y TIMBRE CAJERO	CUOTA 1
	CONTRIBUYENTE SERV.COOPERACION TECNICA RUT 82.174.900-K <small>No acredita dominio de vehículo</small>			CODIGO S.I.L. (CT1760318) CC 2500 COMB D TRM M EQU N	Digitally signed by CRISTIAN ALBERTO DIAZ RAMIREZ Date: 2020.04.03 05:02:47 Location: ARICA		CUOTA 2

Este documento contiene una firma electrónica avanzada.

Verificar en www.muniarica.cl. ID: r95mm-001me

ORIGINAL ASEGURADO N° Folio E 9209314773		 POLIZA N° 68372223-5 Consultas sobre la vigencia de este seguro en www.bciseguros.cl o en el tel: 6002001010			
(O COPIA: MUNICIPALIDAD)					
Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, Bajo el código POL320130487.		Huérfanos 1189 Piso 8 Tel: 6002001010			
INSCRIPCIÓN R.V.M.: GWXT73-5					
TIPO DE VEHICULO: CAMIONETA		CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES PERSONALES ELECTRONICO LEY 18.490.			
MARCA: NISSAN					
MODELO: NAVARA 2.5	AÑO: 2015	RUT: 82.174.900-K	RIGE DESDE: 03-04-2020		HASTA: 31-03-2021
NUMERO DE MOTOR: YD25871899B		PRIMA: 7.590	 FIRMA APODERADO COMPAÑIA		
IMPORTANTE: INFORMACION SOBRE ESTE SEGURO COBERTURA: El SOAP cubre la muerte, incapacidad permanente y gastos médicos producto de lesiones sufridas a consecuencia de accidentes de tránsito en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas. Los gastos médicos comprenden: atención prehospitalaria, transporte sanitario, hospitalización, atención médica y quirúrgica, dental, prótesis e implantes, gastos farmacéuticos y gastos por concepto de rehabilitación de las víctimas. PERSONAS CUBIERTAS: El conductor, las personas transportadas en el vehículo asegurado y cualquier tercero afectado en el accidente. En caso de muerte del accidentado la indemnización se pagará a sus beneficiarios, en el siguiente orden de precedencia: el cónyuge, los hijos menores de edad, los hijos mayores de edad, los padres, la madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y, a falta de los anteriores, sus herederos legales. INDENIZACIONES: - 300 UF en caso de muerte, previa deducción de los gastos médicos - 300 UF en caso de incapacidad permanente total, evento en el cual no se deducen los gastos médicos - hasta 200 UF en caso de incapacidad permanente parcial, según su grado - hasta 300 UF por gastos médicos. Las indemnizaciones por muerte e incapacidad total y parcial no son acumulables. Si se hubiere pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador solo pagará el remanente hasta el equivalente de 300 UF.		En el caso de incapacidad permanente parcial, los pagos por gastos médicos sumados a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder el equivalente a 300UF. QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE: El afectado o quien actúe por él, debe asegurarse que ha quedado estampada la denuncia en una unidad de Carabineros, donde se identifique la fecha, hora y lugar del accidente, las personas lesionadas o fallecidas y los datos de los vehículos involucrados (al menos patente, número de póliza y aseguradora que emitió el SOAP). COMO COBRAR EL SOAP: Debe presentarse la solicitud en las oficinas de la aseguradora, adjuntando Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público para el cobro del SOAP, y: - En caso de muerte: certificado de defunción del fallecido y libreta de familia u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario. - En caso de incapacidad permanente: certificado otorgado por el médico tratante que acredite la incapacidad (naturaleza y grado). - En caso de gastos médicos: comprobantes de pago (boletas, facturas) de los gastos, junto con órdenes de exámenes o tratamientos y recetas de medicamentos. También puede efectuarse el cobro directamente por la entidad hospitalaria o previsional que presta el servicio. El plazo para cobrar este seguro es de un año a contar de la fecha del accidente o de la muerte del afectado. Para mayor información consulte en la compañía de seguros o en el sitio Web la Comisión para el Mercado Financiero.			

N° Folio E 9209314773		 POLIZA N° 68372223-5 Consultas sobre la vigencia de este seguro en www.bciseguros.cl o en el fono 6002001010			
Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, Bajo el código POL320130487.					
INSCRIPCIÓN R.V.M.: GWXT73-5		Huérfanos 1189 Piso 8 Tel: 6002001010			
TIPO DE VEHICULO: CAMIONETA					
MARCA: NISSAN		CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES PERSONALES ELECTRONICO LEY 18.490.			
MODELO: NAVARA 2.5	AÑO: 2015				RUT: 82.174.900-K
NUMERO DE MOTOR: YD25871899B		PRIMA: 7.590	 FIRMA APODERADO COMPAÑIA		



Buscar correo

Redactar

Recibidos 625

Destacados

Postpuestos

Importantes

Chats

Enviados

Borradores 1

Todos

Spam 116

Papelera

Categorías

[imap]/Sent

[imap]/Trash

Correo electrónico no de...

Notes



michael manuel



Isabella Alvarez Rojas

Isabella Alvarez Rojas

ESTIMADO(A) MICHAEL MANUEL ALVAREZ CABRERA:

Le informamos que con fecha 08/04/2020 se ha realizado una transferencia de fondos desde su cuenta nro. #35656824.

El detalle de esta operacion es el siguiente:

Monto transferido: \$6.693

Nombre del Destinatario: SERVICIO DE COOPERACION TECNICA

E-mail del destinatario: robinson.fuentes@sercotec.cl

Banco de destino: BCI/TBANC/NOVA

Cuenta de destino: 22020870

Fecha de abono: 08/04/2020

Comentario de transferencia: Reintegro de Fondos recibidos para comet

Numero de la operacion: 330830975



App BciPass

Descarga y activa la <App BciPass> la nueva manera de autorizar transacciones que reemplaza a tu Multipass.

Importante:

- Este mail es generado de manera automatica, por favor no responda a este mensaje.
- Ante cualquier duda, contactese al 600 824 24 24.
- Los comentarios aqui ingresados son exclusiva responsabilidad de nuestro cliente y no involucran en absoluto al BCI.
- Informese sobre la garantia estatal de los depositos en su banco o en [www . CMFChile . cl](http://www.CMFChile.cl).