

TITULO III Rendición de Fondos Entregados a Terceros Privados

I.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE TRANSFIRIÓ LOS RECURSOS

DÍA / MES / AÑO

a) Nombre del servicio o entidad otorgante: SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE

II.- IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD QUE RECIBIÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS

b) Nombre de la entidad receptora: RUT: Monto en \$ o US\$*

Monto total transferido moneda nacional (o extranjera) a la fecha
Banco o Institución Financiera donde se depositaron los recursos
N° Cuenta Bancaria
Comprobante de ingreso Fecha N° comprobante

Objetivo de la Transferencia
N° de identificación del proyecto o Programa

Antecedentes del acto administrativo que lo aprueba: N° Fecha Servicio
Modificaciones N° Fecha Servicio

	Subtitulo	Item	Asignación
Item Presupuestario			
O Cuenta contable			

Fecha de inicio del Programa o proyecto
Fecha de término
Período de rendición

III.-DETALLE DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS Y GASTOS RENDIDOS DEL PERÍODO

MONTOS EN \$

a) Saldo pendiente por rendir del período anterior 0
b) Transferencias recibidas en el período de la rendición
c) Total Transferencias a rendir (a + b) = c

2. RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERÍODO

d) Gastos de Operación
e) Gastos de Personal
f) Gastos de Inversión
g) Total recursos rendidos (d + e + f) = g
h) SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE 0 (c - g)

IV.- DATOS DE LOS RESPONSABLES DE LA RENDICION DE CUENTA

Nombre (preparación - privado)
RUT
Cargo
Nombre (revisión - público)
RUT
Cargo

Firma y nombre del responsable de la Rendición

* Cuando corresponda determinar el valor del tipo de cambio, se estará a aquel vigente al momento de realizarse la respectiva operación.
**** Anexo a este formato de rendición de cuentas se deberá acompañar en el mismo orden los antecedentes auténticos que respaldan las operaciones de la presente rendición de cuentas.

