



CIRCULAR 4B1 N° 04 /

CHILLÁN, 27 FEB 2025

**SERVICIO BIENESTAR INFORMA ACTIVIDADES FACULTATIVAS MES DE
MARZO AÑO 2025**

De acuerdo con el **Plan Anual de actividades del año 2025**, el Consejo Administrativo aprobó efectuar una contribución para el desarrollo de las funcionarias, contempladas para el progreso de nuestras afiliadas socias de la red, reconociendo la labor y compromiso que cada una realiza.

Los montos correspondientes para cada Establecimiento se detallan a continuación:

ESTABLECIMIENTO	APORTE
DIRECCION DE SALUD	\$747,114
CESFAM VIOLETA PARRA	\$481,404
HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN	\$2,834,240
HOSPITAL SAN CARLOS	\$1,404,616
HOSPITAL COELEMU	\$357,406
HOSPITAL BULNES	\$429,304
HOSPITAL YUNGAY	\$357,406
HOSPITAL QUIRIHUE	\$354,280
HOSPITAL EL CARMEN	\$328,230
TOTAL	\$7,294,000

1.- PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

- 1.1. Jefa/e Calidad de Vida Laboral y/o Delegado de Bienestar de cada Establecimiento según corresponda, deberá enviar programa a ejecutar. Dicho programa debe ser emitido a Jefa Bienestar al correo ingrid.espinoza@redsalud.gob.cl a más tardar el lunes 03 marzo 2025, si no llega en fecha indicada, no se podrá ejecutar la actividad.
- 1.2. Cualquier modificación que implique cambio en el objetivo y tipo de la actividad debe ser solicitada por conducto formal, a través del Ordinario Firmado por el Director/a y por el mismo medio se informara de la resolución de este cambio.

2.- PROCESO DE EJECUCIÓN DE ACCIONES Y PRESUPUESTO:

- 2.1.- Los fondos para esta actividad podrán ser ejecutados y rendidos como máximo hasta el 20.03.2024. No se aprobarán rendiciones con documentos de facturas y/o boletas cuya

ISEV NESR emisión tenga fecha posterior a la antes indicada.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FIAFPQ-445>



- 2.2.- La planificación, convocatoria, organización y ejecución de la actividad serán de responsabilidad de cada Establecimiento.
- 2.3.- La Orden de Compra debe ser generada y emitida en el portal Mercado Público del Establecimiento de Origen bajo la Unidad de Compra de Bienestar, como ya es de su conocimiento no se utiliza el Certificado de Disponibilidad Presupuestaria (CDP), el código que deben utilizar por establecimiento en esta ocasión es el siguiente:

ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO
DIRECCION DE SALUD	2025.03.801
CESFAM VIOLETA PARRA	2025.03.802
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN	2025.03.803
HOSPITAL SAN CARLOS	2025.03.806
HOSPITAL COELEMU	2025.03.817
HOSPITAL BULNES	2025.03.819
HOSPITAL YUNGAY	2025.03.820
HOSPITAL QUIRIHUE	2025.03.821
HOSPITAL EL CARMEN	2025.03.824

Recordar que el monto asignado para cada establecimiento es de carácter extrapresupuestario, es decir no se debe validar con SIGFE, puesto que no corresponde a gastos que deben incurrir con el presupuesto del Establecimiento.

- 2.4.- Los pagos a proveedores se realizarán directamente desde el Servicio de Bienestar, por lo tanto se requiere que todos los antecedentes sean originales.
- 2.5.- Las compras y gastos deberán ajustarse a la normativa de la Ley de Compras Públicas y serán las Unidades de Abastecimiento o a quien instruyan, las responsables de apoyar y orientar en el proceso de compra a las delegadas/os de Bienestar del establecimiento, a fin de cumplir con las fechas indicadas en el punto 2.1., de la presente circular.
- 2.6.- Quedan excluidos de estos fondos las compras de artículos de escritorio, ornamentaciones, bebidas alcohólicas, galvanos, todos aquellos productos, servicios y/o artículos que no correspondan a esta actividad.

3.- PROCESO DE RENDICIÓN:

- 3.1.- La rendición deberá ser enviada a Contabilidad de Bienestar Central, con todos los documentos de respaldo, a más tardar el 04.04.2025, no obstante, la fecha anterior, pueden enviar sus rendiciones una vez ejecutada la actividad programada. Es obligatorio presentar los verificadores requeridos para la rendición tanto en el Informe de Reporte de Actividad como el reporte de Ejecución Financiera.





3.2.- Los documentos del proceso de rendición y ejecución de los gastos deben ser enviados al correo de patricio.gallegos@redsalud.gob.cl y con copia a maritza.constanzo.r@redsalud.gob.cl

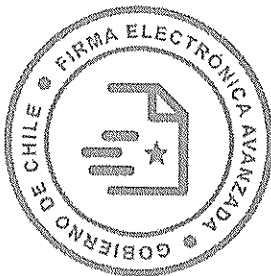
Se adjunta:

- Formato Programa Actividad
- Formato de Reporte de Ejecución Financiera
- Formato Lista Asistencia.

4.- CRONOGRAMA GENERAL:

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN ACTIVIDAD MARZO 2025		
PROCESO	FECHA	RESPONSABLE
Aprobación de la Actividad planificada	Hasta el 03 de marzo 2025	Bienestar Central
Rendición de actividades en Bienestar Central	Hasta el miércoles 04 de abril 2025	Jefe/a Calidad de Vida, Delegado/a. Oficina de Contabilidad. Responsable de la actividad.
Periodo de pagos a proveedores	Posterior a la recepción de rendición en Bienestar	Contabilidad Bienestar Central.

Se solicita dar la más amplia difusión a la presente Circular Informativa.



Firmado por:
Leticia Paola Luengo Navarrete
Subdirector (s) Gestión y Desarrollo
de las Personas
Fecha: 27-02-2025 14:31 CLT
Servicio de Salud Nuble

Distribución:

- Directores/as Establecimientos
- Jefe Sección Gestión y Desarrollo de las Personas del establecimiento
- Jefe Calidad de Vida H1 / H2
- Delegados/as de Bienestar
- Asociaciones Gremiales
- Jefe Contabilidad del establecimiento
- Jefe Abastecimiento del establecimiento
- Integrantes del CAB.
- 4 - 4B1 - 4B

ISEV NESR



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/FIAFPQ-445>

PROGRAMA ACTIVIDAD FACULTATIVA MARZO 2025

1- Objetivo

2- Beneficiarios (Cobertura socios/as)

3- Fecha y Hora

4- Lugar





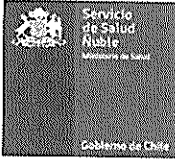
7- Fecha de emisión del Programa:

8- Responsable Realización de la actividad:

NOMBRE

FIRMA





**INFORME REPORTE EJECUCION FINANCIERA
ACTIVIDAD FACULTATIVAS MES MARZO AÑO 2025**

FECHA DE RENDICIÓN			
ESTABLECIMIENTO			
RESPONSABLE RENDICIÓN			
CORREO ELECTRONICO		FONO	
FECHA EJECUCIÓN ACTIVIDAD			
MONTO TRANSFERIDO			
TOTAL, GASTOS			
SALDO A REINTEGRAR			
VERIFICADOR (marque con una X)	LISTA DE ASISTENCIA	REGISTRO FOTOGRAFICO	

DETALLE DE GASTOS					
N°	N° FACTURA/BOLETA	FECHA	DESCRIPCION DEL GASTO	MONTO	REVISIÓN BIENESTAR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
TOTAL, GASTO \$					

Para la rendición del gasto, se deben enviar obligatoriamente los siguientes respaldos:

- 1.- Copias de Boletas y/o Facturas del gasto.
- 2.- Copia Resolución de compra y/o Orden de Compra.
- 3.- Certificado recepción conforme.
- 4.- Lista de asistencia y/o fotografías.

**NOMBRE, FIRMA Y RUT
ENCARGADO CONTABILIDAD**

**NOMBRE, FIRMA Y RUT
RESPONSABLE EJECUCIÓN ACTIVIDAD**

**V°B°
ESTABLECIMIENTO**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/FIAFPQ-445>