MAT: Envía rendición de cuentas correspondiente a Subvención FNDR 8% 2023.

(Comuna), (Fecha)

**DE: SR (A). (NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL)**

**REPRESENTANTE LEGAL**

**(NOMBRE INSTITUCIÓN)**

**A: SR. OSCAR CRISÓSTOMO LLANOS**

**GOBERNADOR REGIONAL**

**GOBIERNO REGIONAL DE ÑUBLE**

Junto con saludar cordialmente, se realiza el ingreso de la rendición de cuentas correspondiente a la iniciativa denominada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, código 23\_\_\_\_\_\_, correspondiente a la Subvención FNDR 8% año 2023 para su revisión.

Sin otro particular, se despide atentamente a Ud.

|  |
| --- |
| FIRMA Y TIMBRE |
| **(NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL)** |
| **REPRESENTANTE LEGAL** |
| **(NOMBRE INSTITUCIÓN)** |

**ANEXO N°1 (OBLIGATORIO)**

# INFORME EJECUTIVO RENDICIÓN DE SUBVENCIÓN FNDR 8%

A: DIVISIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO – DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANAZAS

DE:

Adjunto se remite rendición de cuenta y respaldos pertinentes, de la siguiente iniciativa financiada por el Fondo 8% FNDR Gobierno Regional de Ñuble:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE PRESENTACIÓN  INFORME | Día: | | Mes: | | Año: | |
|  | | | | | | |
| PERIODO DE EJECUCIÓN | DESDE (día-mes-año) | | | HASTA (día-mes-año) | | |
|  |  |  |  |  |  |

## IDENTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

Marcar con X según corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO SUBVENCIÓN FNDR (Ejemplo: 2301AM0001)  (informado en Convenio de Transferencia de recursos): |  |
| TIPO DE SUBVENCIÓN: |  |
| NOMBRE DE LA INICIATIVA: |  |
| AÑO DE APROBACIÓN DEL FINANCIAMIENTO: | 2023 |
| INSTITUCIÓN RESPONSABLE: |  |
| REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| TELÉFONO DE CONTACTO REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| NOMBRE ENCARGADO DE RENDICIÓN: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO ENCARGADO RENDICIÓN: |  |
| MONTO APROBADO SUBVENCIÓN FNDR: | **$** |
| MONTO DE LA PRESENTE RENDICIÓN: | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE: |  |

**INFORME FINANCIERO RENDICIÓN DE SUBVENCIÓN FNDR 8%**

ANEXO N°2 (OBLIGATORIO)

## ADJUNTAR COPIA DE LIBRETA BANCARIA O CARTÓLA QUE REFLEJE LA TRANSFERENCIA EN LA CUENTA DE LA INSTITUCIÓN

## RESUMEN FINANCIERO DE LA PRESENTE RENDICIÓN (EN PESOS $):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DETALLE DEL ÍTEM | MONTO APROBADO | MONTO DE LA PRESENTE  RENDICIÓN | SALDO $ |
| 01 -GASTOS HONORARIOS | **$** | **$** | **$** |
| 02- GASTOS EQUIPAMIENTO | **$** | **$** | **$** |
| 03- GASTOS DE GESTIÓN Y PRODUCCIÓN | **$** | **$** | **$** |
| 04- GASTOS DE DIFUSIÓN | **$** | **$** | **$** |
| TOTALES | **$** | **$** | **$** |

1. **DETALLE POR DOCUMENTO RENDIDO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ÍTEM QUE CORRESPONDE | N° DE FACTURA/ BOLETA | FECHA | DETALLE DEL GASTO (SEGÚN PRESUPUESTO APROBADO) | MONTO (EN PESOS) |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  |  | **$** |
|  |  |  | TOTAL (EN PESOS) | **$** |

* **AGREGUE CUANTAS CELDAS SEAN NECESARIAS.**

|  |
| --- |
| DOCUMENTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR Y QUE SE DEBEN ADJUNTAR: |
| * FACTURA Y/O BOLETA DE HONORARIOS SEGÚN CORRESPONDA. |
| * FORMULARIO 29 DEL SII DE BOLETA DE HONORARIOS SEGÚN CORRESPONDA. |
| * COMPROBANTE DE EGRESO (VOUCHER O COMPROBANTE DE DEPÓSITO, FORMATO TIPO O FACTURA QUE SEÑALE CON TIMBRADO DE “CANCELADO” O “PAGADO” CON LA FECHA DE PAGO EN CASO DE QUE LA FACTURA VENGA A CRÉDITO). |

1. **REINTEGRO DE SALDO DE RECURSOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA INICIATIVA: |  |
| CÓDIGO FNDR: |  |
| ORGANIZACIÓN RESPONSABLE: |  |
| RUT ORGANIZACIÓN: |  |
| RUT REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FECHA DE TRANSFERENCIA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| RESUMEN GENERAL | |
| DETALLE | MONTO |
| MONTO TRANSFERIDO | **$** |
| TOTAL RENDIDO | **$** |
| TOTAL MONTO A REINTEGRAR | **$** |
| SALDO FINAL | **$** |
| PARA AQUELLOS PROYECTOS QUE PRESENTEN MONTO A REINTEGRAR POR GASTOS RECHAZADOS Y/O SALDO NO EJECUTADO, SE LES SOLICITA DEPOSITAR DICHOS RECURSOS EN: | |
| **BANCO ESTADO**  **CUENTA CORRIENTE Nº52109000477**  **GOBIERNO REGIONAL DE ÑUBLE**  **R.U.T.: 62.000.390-5** | |
| MOTIVOS POR REINTEGRO | |
|  | |
| Nota: SE DEBEN ADJUNTAR COPIA DE COMPROBANTE DE TRANSFERENCIA AL GOBIERNO REGIONAL DE ÑUBLE | |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE: |  |

1. **COMPROBANTE DE EGRESO DE GASTOS A CRÉDITO:**

(Para facturas que en **su forma de pago** aparezca CRÉDITO)

Es obligatorio para entidades privadas para cada transferencia, compra o adquisición de servicios recibida. Sólo puede ser reemplazado por facturas emitidas con timbre de “Cancelado” o “Pagado” cuyo tipo de pago contenga al crédito.

Este documento deberá ser adjuntado con la factura que corresponda el gasto desembolsado por parte de la institución responsable.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR: |  |
| RUT DEL PROVEEDOR: |  |
| N° FACTURA: |  |
| INSTITUCIÓN RESPONSABLE: |  |
| REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FECHA DE COMPRA O ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO: |  |
| DETALLE DEL PRODUCTO: |  |
| ÍTEM AL CUAL CORRESPONDE: |  |

Quien (es) suscribe(n) el presente documento, declara(n) haber recibido conforme por parte de la Institución responsable el monto de $ , para la compra o adquisición de del producto o servicio anteriormente señalado.

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA Y TIMBRE PROVEEDOR DE PRODUCTO O SERVICIO: |  |
| FIRMA Y TIMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN DE EJECUCIÓN DE INICIATIVA**

ANEXO N°3 (OBLIGATORIO)

* **Adjuntar imágenes, audios, videos, entre otros según correspondan que hagan cuenta de la correcta ejecución de la iniciativa en los ítems de Honorarios, Equipamiento, Gestión y Producción y Difusión.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDIO DE VERIFICACIÓN | SI | NO |
| IMÁGENES |  |  |
| FOTOGRAFÍAS |  |  |
| FACTURAS |  |  |
| BOLETAS DE HONORARIOS |  |  |
| LISTADOS DE ASISTENCIAS |  |  |
| VIDEOS |  |  |
| CD DE RESPALDO |  |  |
| AUDIOS (ej. Difusión radial) |  |  |
| OTROS: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |

# INFORME DE ACTIVIDADES DE HONORARIOS

ANEXO N°4

(OBLIGATORIO EN CASO DE INCURRIR EN EL GASTO DE HONORARIOS)

### Corresponde a informe de actividades realizadas por profesores, monitores, coordinadores, técnicos, entrenadores, etc. según contrato y/o acuerdo suscrito con la organización o entidad pública.

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO FNDR: |  |
| INSTITUCIÓN RESPONSABLE: |  |
| NOMBRE PROFESIONAL: |  |
| RUT PROFESIONAL: |  |
| LUGAR: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DEL TALLER** | | **FECHA** | | **CANTIDAD DE HORAS** |
|  |  | |  | |  |
| **RESUMEN DE LA ACTIVIDAD:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **N°** | **NOMBRE DEL TALLER** | | **FECHA** | | **CANTIDAD DE HORAS** |
|  |  | |  | |  |
| **RESUMEN DE LA ACTIVIDAD:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **N°** | **NOMBRE DEL TALLER** | | **FECHA** | | **CANTIDAD DE HORAS** |
|  |  | |  | |  |
| **RESUMEN DE LA ACTIVIDAD:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **N°** | **NOMBRE DEL TALLER** | **FECHA** | | **CANTIDAD DE HORAS** | |
|  |  |  | |  | |
|  | | | | | |
| **N°** | **NOMBRE DEL TALLER** | **FECHA** | | **CANTIDAD DE HORAS** | |
|  |  |  | |  | |
|  | | | | | |
| **N°** | **NOMBRE DEL TALLER** | **FECHA** | | **CANTIDAD DE HORAS** | |
|  |  |  | |  | |
|  | | | | | |
| **N°** | **NOMBRE DEL TALLER** | **FECHA** | | **CANTIDAD DE HORAS** | |
|  |  |  | |  | |
|  | | | | | |

**NOTA:** Adjunte las copias necesarias para la cantidad de talleres realizados

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO **(Opcional el timbre)** |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |

1. **NÓMINA DE BENEFICIARIOS(AS) DIRECTOS:**

**(ADJUNTAR LISTA DE ASISTENCIA POR CADA UNO DE LOS TALLERES O PRESTACIONES REALIZADAS)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | RUT | TELÉFONO | FIRMA |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |

**NOTA:** ADJUNTE CUANTAS PLANILLAS SEAN NECESARIAS PARA COMPLETAR LA TOTALIDAD DE LA ENTREGA

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE PROFESIONAL: |  |
| FIRMA: |  |
| FIRMA Y TIMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: |  |

ANEXO N°4.B

(OBLIGATORIO EN CASO DE INCURRIR EN EL GASTO DE SERVICIO DE TRASLADO)

# BITÁCORA DE TRASLADO DE BENEFICIARIOS

### Corresponde a personas que reciben el traslado producto de un servicio de transporte financiado con fondos del Gobierno Regional, identificados con nombre completo, RUT y otros datos, en caso de que este servicio sea entregado a menores de edad deberá firmar un adulto responsable. **Cabe señalar que deberán ser emitidos estos informes con su listado.**

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO FNDR: |  |
| INSTITUCIÓN RESPONSABLE: |  |
| FECHA DEL SERVICIO: |  |
| NOMBRE PROVEEDOR DEL SERVICIO: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA Y TIMBRE PROVEEDOR DE PRODUCTO O SERVICIO: |  |
| FIRMA Y TIMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |

**NÓMINA DE BENEFICIARIOS(AS) DIRECTOS DEL TRASLADO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | RUT | TELÉFONO | FIRMA |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |

**NOTA:** ADJUNTE CUANTAS PLANILLAS SEAN NECESARIAS PARA COMPLETAR LA TOTALIDAD DE LA ENTREGA

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE: |  |

ANEXO N°5 (OBLIGATORIO)

### **ACTA DE INVENTARIO Y RECEPCIÓN DE EQUIPAMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO FNDR: |  |
| ORGANIZACIÓN RESPONSABLE: |  |
| ÍTEM DEL GASTO: | **GASTOS DE EQUIPAMIENTO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CANTIDAD | EQUIPAMIENTO | DIRECCIÓN DONDE PERMANECERÁ |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE: |  |

ANEXO N°6 (OBLIGATORIO)

### **ACTA DE ENTREGA DE IMPLEMENTACIÓN A TERCEROS**

### Corresponde a personas que reciben la implementación básica, identificados con nombre completo y RUT. Implementos entregados a menores de edad, debe firmar un adulto responsable.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA INICIATIVA: |  |
| CÓDIGO FNDR: |  |
| ORGANIZACIÓN RESPONSABLE: |  |
| NUMERO Y FECHA DEL DOCUMENTO: |  |
| MONTO: |  |
| FECHA DE ENTREGA DE LA IMPLEMENTACIÓN |  |

* **Se debe adjuntar lista de entrega a beneficiarios en caso que corresponda este anexo.**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | NOMBRE Y APELLIDOS | RUT | DESCRIPCIÓN DEL O LOS IMPLEMENTOS ENTREGADOS | FIRMA CONFORME |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

**LISTA ENTREGA DE IMPLEMENTACIÓN A TERCEROS:**

**NOTA:** ADJUNTE CUANTAS PLANILLAS SEAN NECESARIAS PARA COMPLETAR LA TOTALIDAD DE LA ENTREGA

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE: |  |

ANEXO N° 7

(OBLIGATORIO EN CASO DE INCURRIR AL GASTO DE HONORARIOS)

**CONTRATO TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

En……………a…………de……. del 2023, entre la organización funcional denominada: “…………………”, RUT ……………………………………………………, con domicilio en ……………………………………………, representada por don (a)…………………………………………………RUN………………………………………….. y don (a) …………………………………………, RUN…………………… domiciliado en ………………………………, Comuna de …………………, se ha convenido lo siguiente:

1. Don (a) …………………………………………………. se compromete a ejecutar……………horas de trabajo durante los meses de …………………a …………………, es decir, horas por semana, desempeñando las siguientes funciones:

……………………………………………………………………………………….

Para el Proyecto denominado *“………………………………………………………………”* que es financiado a través del Fondo Nacional de Desarrollo Regional 8%, Subvención ………………………………… año 2023 del Gobierno Regional y ejecutado por la mencionada Organización.

2. La Organización se compromete a cancelar la suma de $ ………………………. por concepto de la totalidad de horas comprometidas a trabajar en el presente contrato. - El pago se hará efectivo una vez presentado el informe de prestación de servicios y la respectiva boleta de honorarios.

Los impuestos que se retienen en entrega de la boleta de Honorarios serán de exclusiva responsabilidad del prestador de servicios, siendo de su obligación hacer la declaración en el Servicio de Impuestos Internos.

3. El presente contrato tiene una duración de ………meses a contar de la fecha estipulada en el mismo.

4. El presente contrato se firma en tres ejemplares, quedando una en poder del trabajador y dos en poder de la Organización.

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA PROFESIONAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: |  |

**INFORME FINAL DE GESTIÓN**

ANEXO N°8 (OBLIGATORIO)

|  |
| --- |
| OBJETIVOS DEL PROYECTO: |
| EN OPINIÓN DE LA INSTITUCIÓN, ¿SE LOGRO DAR CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO? (MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN): **SI ( ) NO ( )** |
| DETALLE Y FUNDAMENTE LA RESPUESTA ANTERIOR: |
|  |

|  |
| --- |
| **BENEFICIARIOS**: |
| DETALLE EL NÚMERO DE BENEFICIARIOS DIRECTOS DE LA EJECUCIÓN DE LA INICIATIVA (DEBE ESTAR ACORDE A LA LISTA DE ASISTENCIA Y OTROS MEDIOS DE VERIFICACIÓN) |
| **MUJERES: ( ) BENEFICIARIAS – HOMBRES: ( ) BENEFICIARIOS** |
| **TOTAL DE BENEFICIARIOS: ( ) BENEFICIARIOS** |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES, SUGERENCIAS Y COMENTARIOS FINALES:** |
| REALICE CUALQUIER TIPO DE OBSERVACIÓN, SUGERENCIAS, MANIFIESTE CUALES FUERON LAS PRINCIPALES DIFICULTADES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO, PRINCIPALES LOGROS, ENTRE OTROS COMENTARIOS. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVALUACIÓN RELACIÓN GOBIERNO REGIONAL DE ÑUBLE- INSTITUCIÓN BENEFICIARIA** | |
| **CRITERIOS** | **NOTA (1 a 7)** |
| 1. OPORTUNA CONVOCATORIA A LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN |  |
| 2. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA DURANTE EL PROCESO DE POSTULACIÓN |  |
| 3. RAPIDEZ EN LA RESPUESTA ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES A LAS CONSULTAS FORMULADAS DURANTE EL PROCESO DE POSTULACIÓN |  |
| 4. DISPOSICIÓN PARA RESPONDER DUDAS DURANTE EL PROCESO DE EJECUCIÓN Y RENDICIÓN |  |
| 5. COMUNICACIÓN CON EL GOBIERNO REGIONAL PARA LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDAD DE LANZAMIENTO Y/O CIERRE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| FIRMA Y TIMBRE: |  |