



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OSORNO  
CHILE  
SECRETARÍA MUNICIPAL

## ACTA DE RENOVACION COMISION FISCALIZADORA DE FINANZAS

**PERSONALIDAD JURÍDICA** N° \_\_\_\_\_

**ACTA N°** \_\_\_\_\_ / **FECHA** \_\_\_\_\_

En Osorno, siendo las \_\_\_\_\_ horas., se reúnen los socios de la Organización denominada: \_\_\_\_\_

Ubicada en el sector de \_\_\_\_\_ para tratar los siguientes temas:

- a) Elección de la Comisión Fiscalizadora de Finanzas, la que tendrá una duración de **un año** de vigencia.

En relación al Punto a) de Tabla: Terminado el escrutinio la Comisión Fiscalizadora de Finanzas queda compuesta por las siguientes personas:

### PRIMER DIRECTOR (Obligatorio)

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Rut : \_\_\_\_\_  
 Domicilio : \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad : \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
 Discapacidad: \_\_\_\_\_  
 Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI   
 NO

### SEGUNDO DIRECTOR (Obligatorio)

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Rut : \_\_\_\_\_  
 Domicilio : \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad : \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
 Discapacidad: \_\_\_\_\_  
 Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI   
 NO



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OSORNO  
CHILE  
**SECRETARÍA MUNICIPAL**

**TERCER DIRECTOR (Obligatorio)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Rut : \_\_\_\_\_  
 Domicilio : \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad : \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
 Discapacidad: \_\_\_\_\_  
 Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI   
 NO

A CONTINUACIÓN FIRMAN LOS **DEBIDAMENTE INSCRITOS EN EL REGISTRO DE SOCIOS**, LOS QUE ASISTIERON A LA ASAMBLEA, INCLUYENDO LOS DIRECTORES ELECTOS, LOS QUE SUMAN DE LA CUARTA PARTE DE LOS SOCIOS, CUMPLIENDOSE CON EL QUÓRUM LEGAL.

	NOMBRE DEL SOCIO	CÉDULA DE IDENTIDAD	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.- \_\_\_\_\_

### **CERTIFICADO COMISION ELECTORAL**

La Comisión Electoral elegida mediante asamblea extraordinaria de fecha \_\_\_\_\_ (Art. 18, letra f) Ley 19.418) viene a **calificar la elección de la Comisión Fiscalizadora de Finanzas** y composición del mismo, de la Organización denominada: \_\_\_\_\_

Que da cuenta el acta que precede; acto eleccionario que se celebró según los requisitos que exige la ley Nro.19.418 Sobre Juntas de vecinos y Demás Organizaciones Comunitarias.

1. Los candidatos cumplen con lo señalado en el Art. 20 de la Ley Nro.19.418.
2. Votaron solo los socios que están debidamente registrados en el libro de socios.

#### **1.- PRESIDENTE COMISIÓN ELECTORAL (Obligatorio)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Rut : \_\_\_\_\_  
Domicilio : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Escolaridad : \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
Discapacidad: \_\_\_\_\_  
Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI   
NO



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OSORNO  
CHILE  
**SECRETARÍA MUNICIPAL**

**2.- SECRETARIO COMISIÓN ELECTORAL (Obligatorio)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Rut : \_\_\_\_\_  
Domicilio : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Escolaridad : \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
Discapacidad: \_\_\_\_\_  
Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI   
NO

**3.- PRIMER DIRECTOR COMISIÓN ELECTORAL (Obligatorio)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Rut : \_\_\_\_\_  
Domicilio : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Escolaridad : \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
Discapacidad: \_\_\_\_\_  
Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI   
NO

**4.- SEGUNDO DIRECTOR COMISIÓN ELECTORAL (Obligatorio)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Rut : \_\_\_\_\_  
Domicilio : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Escolaridad : \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
Discapacidad: \_\_\_\_\_  
Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI   
NO



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OSORNO  
CHILE  
**SECRETARÍA MUNICIPAL**

**5.- TERCER DIRECTOR COMISIÓN ELECTORAL (Obligatorio)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Rut : \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Escolaridad : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

Discapacidad: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Que, ante la eventualidad de que mis Datos Personales sean requeridos vía Transparencia, exclusivamente en mi calidad de dirigente social, presto mi consentimiento para que la Ilustre Municipalidad de Osorno proceda a su entrega.

SI

NO