



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OSORNO
CHILE
SECRETARIA MUNICIPAL

1.- ACTA PROCESO ELECCIONARIO COMISION FISCALIZADORA DE FINANZAS

En Osorno con fecha 27/2/2020 siendo las 15:30 horas, se dio inicio al proceso eleccionario para elegir la Comisión Fiscalizadora de Finanzas de la organización denominada:

Asociación Mapa Frecuente Per-

sonalidad Jurídica N° 995-F para el periodo comprendido entre el _____ y hasta el _____

Los socios habilitados para votar son 16
De los cuales votaron 16
No votaron 0

Se cierra la mesa a las _____ horas, cumpliéndose con el siguientes, resultado:

- | | | | |
|------|------------------------------|----------|-------|
| 1.- | <u>Berto Delgado Perez</u> | <u>7</u> | VOTOS |
| 2.- | <u>cesar González Molina</u> | <u>1</u> | VOTOS |
| 3.- | <u>hesuideo Huaique</u> | <u>3</u> | VOTOS |
| 4.- | <u>Elvira Pacheco B</u> | <u>5</u> | VOTOS |
| 5.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 6.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 7.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 8.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 9.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 10.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 11.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 12.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 13.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 14.- | _____ | _____ | VOTOS |
| 15.- | _____ | _____ | VOTOS |

Partes
 1) Publique resultado
 2) en w3b
 3) certifique v.f. por
 4) p: 14-08-20
 28/02/20

I. MUNICIPALIDAD OSORNO
 OFICINA DE PARTES
 FECHA DE RECEPCION _____
 FOLIO 2134
 INGRESADO _____
 REBAJADO _____
 FOTOCOPIADO 1135166
 2-8-FEB. 2020



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OSORNO
CHILE
SECRETARÍA MUNICIPAL

VOTOS NULOS 0
VOTOS BLANCOS 0
TOTAL VOTOS 16

Terminado el escrutinio y constituidas las primeras mayorías el directorio queda compuesto por las siguientes personas en calidad de Titulares de acuerdo a lo señalado en la Ley N° 19.418, Artículo 19 y N° 20.500 Artículo 34, numeral 4 letra a):

PRIMER DIRECTOR (Obligatorio)

Nombre completo: Berta Delgado Perez
Rut : 5843245-8
Domicilio : Heroes de la Concepción # 110
Teléfono : 942133679
Correo electrónico: _____
Escolaridad : 3º Básico
Fecha de nacimiento: 19-10-1946
Profesión u oficio: Señora de casa
Discapacidad: _____
Firma : Delgado B.

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: Elisama Bahamonde B
Rut : 5837508-K
Domicilio : Los Boldos # 908
Teléfono : 934185228
Correo electrónico: _____
Escolaridad : _____
Fecha de nacimiento: 05-03-1949
Profesión u oficio: Pensionada
Discapacidad: _____
Firma : Elisama Bahamonde Muñoz

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
SECRETARIA MUNICIPAL

TERCER DIRECTOR (Obligatorio)

Nombre completo: Leonidas Huaique Pillancor
Rut : 5348899-4
Domicilio : Quillabua # 583
Teléfono : _____
Correo electrónico: _____
Escolaridad : 2º Básico
Fecha de nacimiento: 19-03-1944
Profesión u oficio: Pensionado
Discapacidad: _____
Firma: Leonidas Huaique

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