

**LINA LU AGUIRRE FERNANDEZ****BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA****N ° 99****RUT:** [REDACTED]**GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR  
OTROS PROFESIONALES DE,  
PODOLOGIA**  
[REDACTED]**Fecha:** 02 de Agosto de 2024**Señor(es):** I MUNICIPALIDAD DE CONCON  
**Domicilio:** SANTA LAURA 567, CON CON**Rut:** 73.568.600- 3**Por atención profesional:**

|                                                                                   |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ATENCION PODOLOGICA PROGRAMA CARDIOVASCULAR MES DE A<br>JULIO/TOTAL: 13 PACIENTES | 117.000 |
| <b>Total Honorarios \$:</b>                                                       | 117.000 |
| <b>16.75 % Impto. Retenido:</b>                                                   | 19.598  |
| <b>Total:</b>                                                                     | 97.402  |

Esta boleta tiene una retención adicional de 3% de acuerdo a  
las leyes N° 21.242 y/o N° 21.252.

**Fecha / Hora Emisión:** 02/08/2024 10:49

130203600009942FFD6A

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202408021049

**Fecha / Hora Impresión:** 02/08/2024 10:49

**MUNICIPALIDAD DE CONCÓN**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD.**

**NOMBRE:** LINA LU AGUIRRE FERNANDEZ

**R.U.T.:** [REDACTED]

**HONORARIO** PRESUPUESTO NO  
CONVENIO SI

**PROGRAMA** [REDACTED]

**FUNCIONES** PODOLOGA  
[REDACTED]

**CONTRATO**

D.A. 874  
INICIO 06/07/2024  
TERMINO 20/07/2024  
HORAS SEMANAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS [REDACTED]

**OBSERVACIONES**

13 ATENCIONES PODOLOGICAS  
[REDACTED]

**VALOR** MENSUAL(según contrato) [REDACTED]

**MES** JULIO

**DIAS TRAB** 3

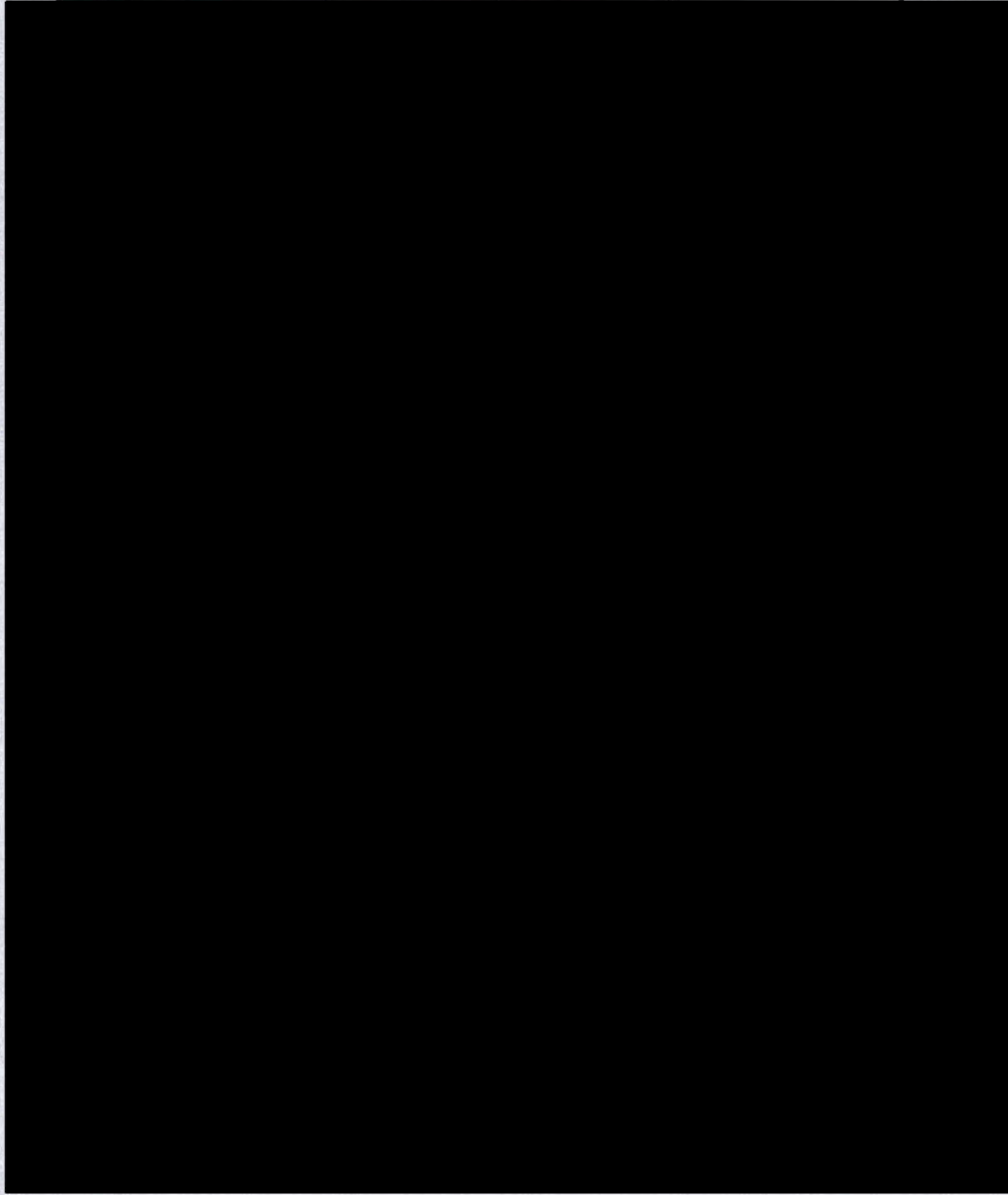
**HORAS TOTALES** 12:00

**VALOR BOLETA** \$ 117,000

**NÚMERO BOLETA** 99



| DIA | INGRESO | SALIDA | HORAS |
|-----|---------|--------|-------|
|-----|---------|--------|-------|



SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL

OBSERVACIONES

Agenda del 01/07/2024 hasta el 31/07/2024 podologia

| Nro | F. Agenda  | Hora  | Estado    | Profesional            | Paciente                          | Documento | Tipo Doc. |
|-----|------------|-------|-----------|------------------------|-----------------------------------|-----------|-----------|
| 1   | 06/07/2024 | 09:00 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | ELOISA QUEZADA PONCE              |           |           |
| 1   | 06/07/2024 | 09:30 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | DANIEL EDUARDO BUSTOS MORALES     |           |           |
| 1   | 06/07/2024 | 10:00 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | ROBERTO HECTOR FRANZOY CHELLEV    |           |           |
| 1   | 06/07/2024 | 11:00 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | EVELYN MALVA MENA CEBALLOS        |           |           |
| 1   | 06/07/2024 | 11:30 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | JULIO ROLANDO HERRERA CISTERNAS   |           |           |
| 1   | 13/07/2024 | 09:00 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | MAURICIO EDUARDO LOBOS PINTO      |           |           |
| 1   | 13/07/2024 | 09:30 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | REINALDO TRUJILLO GONZALEZ        |           |           |
| 1   | 13/07/2024 | 10:00 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | RICARDO ABDÓN FIGUEROA NAVARRO    |           |           |
| 1   | 13/07/2024 | 10:30 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | ANDREA MORAGA ABARCA              |           |           |
| 1   | 20/07/2024 | 09:00 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | MONICA DEL CARMEN PUEBLA PEREZ    |           |           |
| 1   | 20/07/2024 | 09:30 | Visitados | LINA AGUIRRE FERNANDEZ | YOHANA ANDREA FERNANDEZ PINCHEIRA |           |           |

|         |            |       |           |                           |                                                |  |
|---------|------------|-------|-----------|---------------------------|------------------------------------------------|--|
| 1       | 20/07/2024 | 10:30 | Visitados | LINA AGUIRRE<br>FERNANDEZ | JAIIME MUÑOZ<br>SEPULVEDA                      |  |
| 1       | 20/07/2024 | 11:00 | Visitados | LINA AGUIRRE<br>FERNANDEZ | ANGELICA<br>ANTONIEITA<br>VALLEJOS<br>VALENCIA |  |
| 1 (PSC) | 20/07/2024 | 12:50 | Visitados | LINA AGUIRRE<br>FERNANDEZ | ANDREA<br>MORAGA<br>ABARCA                     |  |



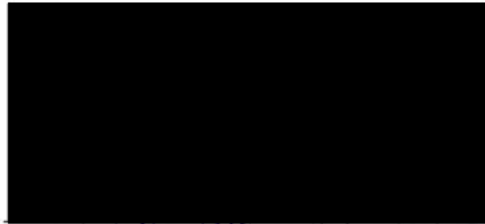
00187

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN  
CESFAM CONCON

**CERTIFICADO N° 541**

La jefatura y/o encargado(a), Certifica que **Lina Aguirre Fernandez** RUT: [REDACTED]  
podologa, en el mes de Julio 2024, que se encuentran debidamente registradas en  
sistema Avis

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante control interno.



FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, abril 2024



REPUBLICA DE CHILE  
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD

### CONTRATO DE HONORARIOS

En Concón, a 26 de febrero del año 2024, comparece por una parte **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, Chileno, Cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la Ilustre Municipalidad De Concón, en adelante **MANDANTE** y **D. LINA LU AGUIRRE FERNANDEZ**, de Nacionalidad [REDACTED] Estado Civil [REDACTED] de Profesión Podóloga, Cédula de Identidad N° [REDACTED] en adelante el **MANDATARIO** los cuales vienen a convenir el siguiente contrato:

**PRIMERO:** Por el presente instrumento, el Mandante **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, en consideración a la representación que enviste, encarga al Mandatario antes individualizado, para efectuar las labores específicas que le fueren encargadas por la Dirección del CESFAM-SAR de Concón, obligándose a:

- ❖ Ejecutar personalmente las servicios específicas en forma regular y continua por las cuales fue contratado, en el plazo y los términos establecidos
- ❖ Realizar las labores personalmente con esmero, cortesía, dedicación y eficiencia contribuyendo a materializar los objetivos del CESFAM.

**SEGUNDO:** El profesional deberá guardar reserva de los datos, información y antecedentes que recopile en el desempeño del servicio prestado, no debiendo divulgar a terceros el contenido de los informes, o instrumentos emanados del departamento, conforme a la prestación efectuada, constituyéndose una condición esencial del presente contrato, cuyo incumplimiento dará derecho al mandante a poner término en forma inmediata.

**TERCERO:** Asimismo y resguardando la rectitud a que está sujeta la función a desempeña, el profesional tendrá prohibición de:

- ❖ Usar en beneficio propio o de terceros la información a que se tuviese acceso en la razón a la función que desempeña.
- ❖ Expresarse de manera impropia e irrespetuosa con la unidad técnica y demás personas que desempeñen funciones en el CESFAM-SAR de Concón.

**CUARTO:** El valor del servicio contratado será por paciente, de un valor de \$9.000.- (Nueve mil Pesos) con impuesto incluido, que serán cancelados previa Certificación de los trabajos realizados por la Dirección CESFAM-SAR de Concón, realizando las funciones de:

- ❖ **PODOLOGA** programa cardiovascular, jornada distribuidas de lunes a jueves desde las 17:00 hasta las 20:00 horas y sábado desde las 09:00 hasta las 13:00 horas, según calendarizaciones entregada por la Dirección Cesfam en rotación de turnos que en general realizaran un máximo de 1500 atenciones anual.



REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE CONCEPCIÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD

**QUINTO:** El Mandatario deberá presentar una boleta de prestación de servicios donde detalle función, número de horas, mes de cobro y firmada, junto a un certificado que acredite el trabajo realizado, deberá adjuntar el reloj control y planilla de horas realizadas (formato estipulado) y copia del contrato de honorarios, se deberá entregar en secretaría del Cesfam, según calendario entregado por dirección Cesfam, para proceder a revisión y posteriormente al pago el cual se realizara el séptimo día hábil del mes siguiente de haber prestado el servicio, siendo obligación del Departamento de Administración y Finanzas realizar la retención de impuestos de acuerdo a las disposiciones legales vigentes e ingresarlos a las arcas fiscales dentro de los plazos correspondientes.

**SEXTO:** El presente contrato comenzará a regir a partir del 12 de febrero al 31 de diciembre del año 2024 y/o hasta que el Mandante ponga término en forma unilateral.

**SEPTIMO:** El Mandatario prestara sus servicios y tendrá como cont a parte técnica a la Dirección del CESFAM – SAR.

**OCTAVO:** El profesional, declara bajo juramento que no se encuentra afectado por algunas de las inhabilidades descritas en el artículo 54 de la ley 18.575 Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del estado, esto es:

- a) Las personas que tengan vigente o suscriban, por si o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas UTM o más, con el respectivo consentimiento de la administración pública. Tampoco podrán hacerlo quien tenga litigios pendientes con la institución de que se trata, a menos que se refiere al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares el diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando esta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas UTM o más, o litigios pendientes, con el organismo de la administración a cuyo ingreso postula.
- b) Las personas que tengan la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del organismo de la administración civil del estado al que postulas, hasta el nivel de jefe de departamento o equivalente, inclusive.
- c) Las personas que se hallen condenadas por crimen o simple delito.

**NOVENO:** el trabajador deberá marcar su asistencia al trabajo en el reloj control, será evaluado de acuerdo al cumplimiento de metas del programa.

Se firma el presente contrato en triplicado, quedando dos ejemplares en poder del Mandante y una copia en poder del Mandatario.



## Informe de actividades Honorarios

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| NOMBRE               | Lina Aguirre Fernandez |
| RUT                  | [REDACTED]             |
| MES                  | Julio                  |
| CONVENIO/PRESUPUESTO |                        |
| HORAS SEMANALES      | 4                      |
| HORARIO              | 9                      |

[illegible]



Scanned with

[illegible]