

MARA TRINIDAD MUNOZ MONTOYA

BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA

N° 37

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR OTROS PROFESIONALES DE
[REDACTED]

Fecha: 01 de Agosto de 2024

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE CONCON
Domicilio: SANTA LAURA 568, CON CON

Rut: 73.568.600- 3

Por atención profesional:

FONOAUDIOLOGA DEL CENTRO COMUNAL DE AUTISMO CONCON 44 HORAS MES DE JULIO	1.590.800
--	-----------

Total Honorarios \$:	1.590.800
13.75 % Impto. Retenido:	218.735
Total:	1.372.065

Fecha / Hora Emisión: 01/08/2024 15:50



1976480900037885D1B4

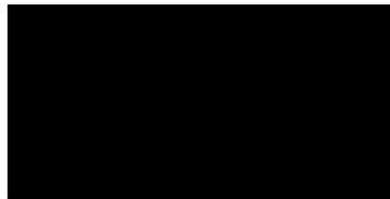
Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

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

11202408011550

Fecha / Hora Impresión: 01/08/2024 15:50



NOMBRE: Mara Trinidad Muñoz Montoya

R.U.T.: [REDACTED]

HONORARIO PRESUPUESTO SI
CONVENIO

PROGRAMA

FUNCIONES Fonoaudióloga del Centro Comunal de Autismo Concón.

CONTRATO

D.A. 1670
INICIO 01-05-2024
TERMINO 31-12-2024
HORAS 44 SEMANAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS SI

OBSERVACIONES

Valor hora efectiva

VALOR MENSUAL(según contrato)

MES JULIO

DIAS TRAB 22

HORAS TOTALES 194:00

VALOR BOLETA \$1.590.800

NÚMERO BOLETA 37

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



SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL SI

OBSERVACIONES

16 de julio feriado legal. Permiso administrativo el día lunes 29 de julio.



[Signature]

DIRECTOR CESFAM SANJ

[Signature]

V'B* DESAM

[Signature]

DIRECTOR DESAM

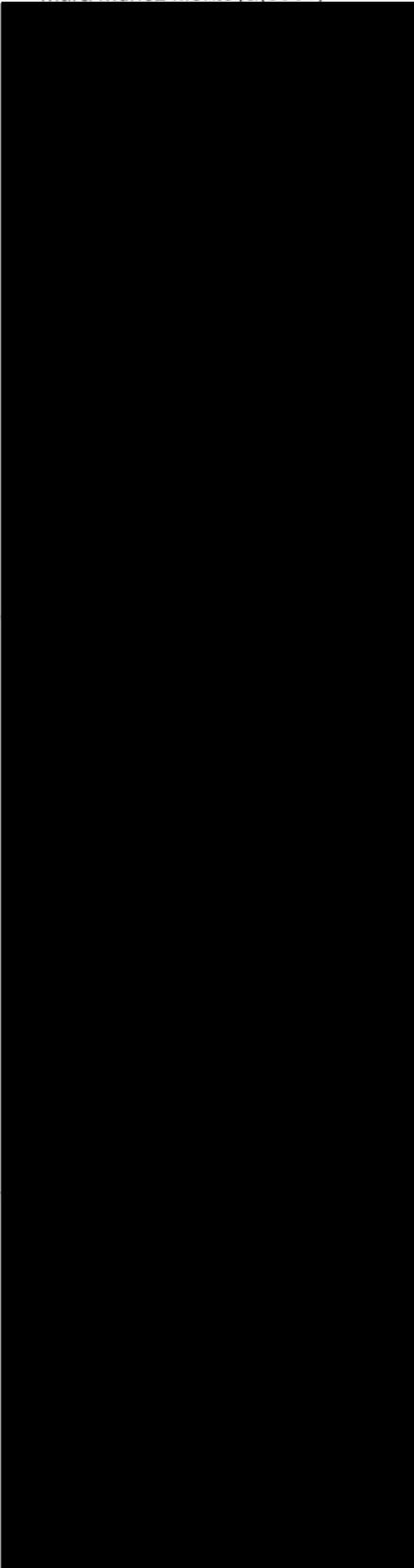
Registro de Asistencia (4 Columns)

(Mara Muñoz Montoya)

2024-07-01 -- 2024-07-31

Dpto.:OUR COMPANY

Mara Muñoz Montoya(3361)





00082

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
CESFAM CONCON

CERTIFICADO N° 524

La jefatura y/o encargado(a), Certifica, Que el profesional Mara Muñoz Montoya, identificado con el RUT [REDACTED] presenta sus atenciones clínicas debidamente registradas en el sistema de registro clínico AVIS durante el mes de JULIO del presente año, cuyas atenciones están destinadas como Fonoaudióloga del Centro Comunal de Autismo Concón.

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

[REDACTED]

FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

[REDACTED]

Concón, 01 de Agosto del 2024.

0000 00081

REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONTRATO DE HONORARIOS

En Concón, a 29 de abril del año 2024, comparece por una parte **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, [redacted] Cédula de Identidad N° [redacted] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la Ilustre Municipalidad De Concón, en adelante **MANDANTE** y **D. MARA TRINIDAD MUÑOZ MONTOYA**, de Nacionalidad [redacted] Estado Civil [redacted] de profesión fonoaudióloga, Cédula de Identidad N° [redacted] con domicilio en [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 la labor de **Profesional, unidad de la atención Neurodivergente** y otras funciones 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: PRECIO Y FORMA DE PAGO. El valor que la I. Municipalidad de Concón pagará por los servicios prestados por parte del profesional será el valor por hora efectiva trabajada de \$8.200 pesos (Ocho mil doscientos pesos), impuestos incluido, por una jornada como tope de **44 horas semanales** efectivas trabajadas, distribuidas de lunes a viernes entre las 08:00 horas y las 20:00 horas y los días sábado entre las 9:00 horas y las 13:00 horas, cuyo horario estará establecido previamente por Dirección CESFAM y cualquier modificación deberá ser informada anticipadamente a la unidad DESAM correspondiente. El Mandatario deberá presentar una boleta de prestación de servicios donde detallará su función, número de horas, mes de cobro y firmada, junto a un certificado que acredite el trabajo realizado, deberá adjuntar el reloj control y/o nómina de pacientes atendidos y copia del contrato de honorarios, se deberá entregar en secretaría del CESFAM, a más tardar el segundo día hábil del mes siguiente al trabajado, hasta las 14 horas, para proceder a revisión y posteriormente al pago, el cual se realizará entre el séptimo y décimo día hábil del mes en curso, 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. En caso de devolución de boleta de servicio, será considerada una nueva fecha, según situación en particular. Sin perjuicio, que por fuerza mayor acreditada y en conocimiento de las partes, no sea posible cumplir en las fechas estipuladas.

FUNCION Y OBJETIVO:

Objetivo:

Realizar acciones por parte de profesionales de acuerdo a las normativas vigentes y apoyar según sus competencias al departamento de salud

Función:

Realizar acciones derivadas y encomendadas por el departamento de salud y que de acuerdo a las eventualidades se requiere apoyar.



Informe de actividades Honorarios

NOMBRE	Mara Trinidad Muñoz Montoya
RUT	[REDACTED]
MES	Julio
CONVENIO/PRESUPUESTO	Presupuesto
HORAS SEMANALES	44 horas
HORARIO	Lunes a jueves desde 08:00 hasta 17:00 horas. Viernes desde 08:00 hasta 16:00 horas.

Día o Semana	Actividades
Semana 1 01-07-2024	<ul style="list-style-type: none"> Intervención fonoaudiológica de 20 niños/as: M.M.P, A.E.C, A.B.M, C.V.N, J.C.G, M.M.H, L.S.P, S.O.C, J.Y.M, M.R.A, F.A.N, G.V.P, S.A.C, M.T.B, D.D.U, J.P.M, A.B.B, A.S.M, G.M.P, E.S.R. Inasistencias de 4 niños/as: G.L.S, S.M.C, P.G.N, E.C.C. Confección de material para terapias fonoaudiológicas.
Semana 2 08-07-2024	<ul style="list-style-type: none"> Intervención Fonoaudiológica de 19 niños/as: M.M.P, A.E.C, C.V.N, J.C.G, M.M.H, L.S.P, S.O.C, J.Y.M, M.R.A, F.A.N, G.V.P, S.A.C, M.T.B, D.D.U, J.P.M, A.B.B, A.S.M, G.M.P, E.S.R. Inasistencias de 5 niños/as: G.L.S, A.M.B, S.M.C, P.G.N, E.C.C. Término de primer ciclo de intervención: M.M.H. Reunión equipo CCA. Confección de material para terapias fonoaudiológicas. Término primer ciclo de usuaria M.M.H.
Semana 3 15-07-2024	<ul style="list-style-type: none"> Intervención fonoaudiológica de 21 niños/as: M.M.P, A.B.M, G.L.S, A.E.C, G.S.R, S.O.C, J.Y.M, M.T.B, J.P.M, F.A.N, G.V.P, C.V.N, M.R.A, J.C.G, D.D.U, S.M.C, M.E.M, A.S.M, G.M.P, E.S.R, E.C.C Inasistencias de 1 niño: P.G.N. Visita a Colegio Rayen Caven el día miércoles 17 de julio para realizar la presentación de los profesionales, criterios de ingreso a CCA, analizar casos de niños en común e intercambios telefónicos. Confección de material para terapias fonoaudiológicas. Término de primer ciclo de usuario J.C.G. Envío de material a madre de usuaria M.M.H para trabajar en el hogar.
Semana 4 22-07-2024	<ul style="list-style-type: none"> Intervención fonoaudiológica de 17 niños/as: M.M.P, A.E.C, C.V.N, M.R.A, G.L.S, L.S.P, S.O.C, S.M.C, J.P.M, G.S.R, M.T.B, G.V.P, F.A.N, A.B.B, A.S.M, G.M.P, E.C.C. Inasistencias de 6 niños/as: A.B.M, E.C.A, J.Y.M, S.A.C, D.D.U, E.S.R. Envío de informe de estado de avance a madre de usuaria M.M.H. Confección de material para terapias fonoaudiológicas.
Semana 5 29-07-2024	<ul style="list-style-type: none"> Intervención fonoaudiológica de 10 niños/as: C.V.N, M. R.A, A.E.C, G.L.E, L.S.P, A.B.M, S.O.C, J.Y.M, J.P.M, G.V.P. Inasistencias de 1 niña: M.E.M. Confección de material para terapias fonoaudiológicas. Visita a Instituto Canner el día miércoles 31 de julio para analizar casos en común.

FIRMA :

[REDACTED SIGNATURE]

V°B° DIRECCIÓN:

