

YESSENIA VICTORIA SILVA SILVA**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA****N ° 29****RUT:** [REDACTED]**GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR
OTROS PROFESIONALES DE, OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS
PERSONALES N.C.P.,****INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL**
[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:

TERAPEUTA OCUPACIONAL CENTRO COMUNAL AUTISMO CONCON 44	1.590.800
HORAS SEMANALES MES JULIO	

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

Fecha / Hora Emisión: 01/08/2024 16:18



1772603300029E6B9F5A

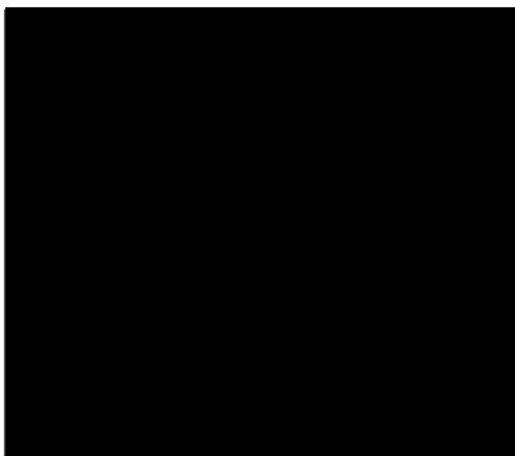
Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

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

11202408011817

Fecha / Hora Impresión: 01/08/2024 16:17



MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD.

NOMBRE: Yessenia Victoria Silva Silva

R.U.T.: [REDACTED]

HONORARIO PRESUPUESTO SI
CONVENIO

PROGRAMA

FUNCIONES Terapeuta Ocupacional 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 29

SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL SI

OBSERVACIONES
Feriado: 16/07. Permiso medio día administrativo: 18/07

[Stamp: MUNICIPALIDAD DE CONCÓN DIRECCIÓN]
DIRECTOR CESFAM SAPU

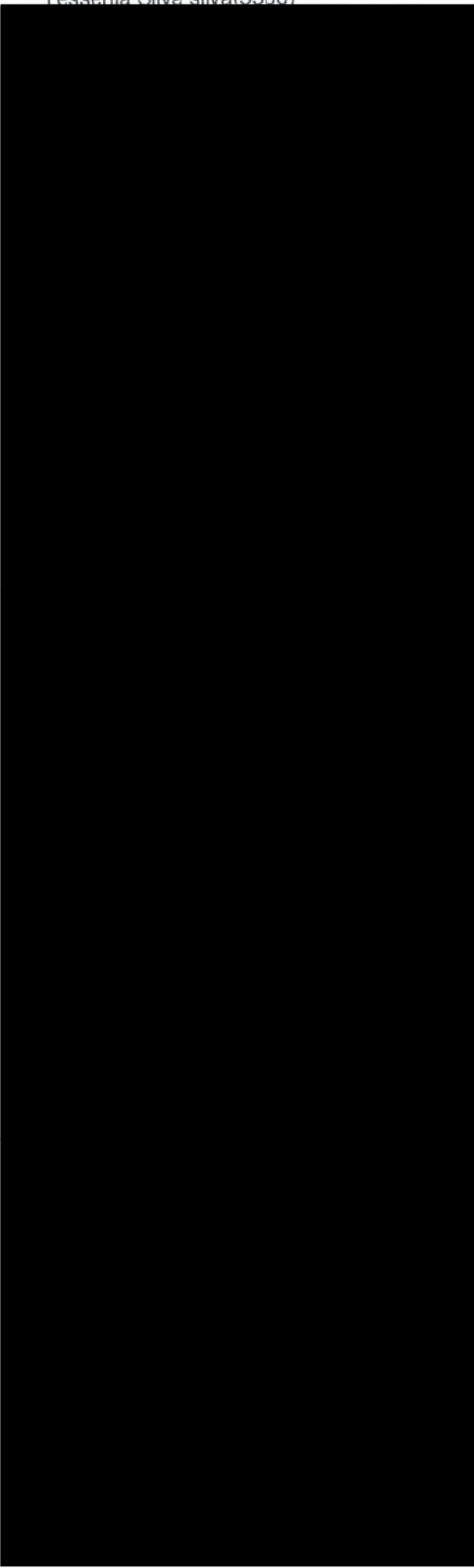
[Stamp: V°B° DESAM]
DIRECTOR DESAM

Registro de Asistencia (4 Columns)

(Yessenia Silva silva)

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

Dpto.:OUR COMPANY	M/Ent:	22
Yessenia Silva silva(3360)	M/Sal:	24





00045

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
CESFAM CONCON

CERTIFICADO N° 526

La jefatura y/o encargado(a), certifica, que la profesional **Yessenia Victoria Silva Silva**, identificada 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 Terapeuta Ocupacional del Centro Comunal de Autismo Concón.

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

FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, 1 de Agosto de 2024

Informe de actividades Honorarios

NOMBRE	Yessenia Victoria Silva Silva
RUT	
MES	JULIO
CONVENIO/PRESUPUESTO	Presupuesto
HORAS SEMANALES	44 horas
HORARIO	Lunes a jueves 08:00 a 17:00 hrs. Viernes 08:00 a 16:00 hrs.

Día o Semana	Actividades
Semana 1 al 5 de julio.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención 18 usuarios/as (EC; FA; DD; LS; MM; CV; JY; JC; AB; JP; GV; LG; MM; GS; GM; ES; PG; EC.) - Contacto telefónico 1 usuarios/as (RV.) - Preparación de material TO. - Aviso de inasistencias injustificadas. - Agendar horas Equipo CCA. - Actualización drive nuevas derivaciones. - Actualización de drive Vacunas/controles P.I.
Semana 8 al 12 de julio.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención 18 usuarios/as (MM; DD; MM; AS; MR; LS; ME; JY; JC; FA; GV; LG; JP; AB; GM; ES; PG; EC.) - Preparación de material TO. - Agendar horas Equipo CCA. - Aviso vacunas pendientes. - Reunión Equipo CCA. (Revisión de casos, proceso de inicio segunda etapa).
Semana 15 al 19 de julio.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención 15 usuarios/as (MM; LG; DD; MM; GS; CV; JY; JP; FA; GV; MR; GM; ES; PG; EC.) - Contacto telefónico 1 usuarios/as (PG.) - 17 de julio, Reunión Colegio Rayen Caven. - 18 de julio, Medio día permiso administrativo. - Preparación de material TO. - Agendar horas Equipo CCA. - Elaboración de formatos segunda etapa de atención.
Semana 22 al 26 de julio.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención 19 usuarios/as (MM; DD; MM; EC; AS; AB; LS; ME; JY; JC; JP; GS; LG; GV; FA; MR; GM; ES; EC.) - Evaluación 2 usuario (AB; JM.) - Entrevista 1 usuario (EC.) - Contacto telefónico 1 usuarios/as (EC.) - Preparación de material TO. - Agendar horas Equipo CCA. - Envío agenda Julio Equipo CCA. - Actualización informativo segunda etapa de atención.
Semana 29 al 31 de julio.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención 10 usuarios/as (AB; DD; MM; AE; LS; CV; JY; JC; JP; GV.) - Contacto telefónico 1 usuarios/as (PG.)

REPUBLICA DE CHILE
I. 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. YESSENIA VICTORIA SILVA SILVA**, de Nacionalidad [REDACTED] Estado Civil [REDACTED] de profesión **Terapeuta Ocupacional**, 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 secretaria 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.

Handwritten signature and stamp in the bottom right corner.