

**MATIAS SEBASTIAN DEISCHLER AHUMADA**

**BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA  
N° 19**

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): ACTIVIDADES DE APOYO A LA ENSEÑANZA, SERVICIOS DE  
ODONTOLOGOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE,  
**PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS**

[REDACTED]

Fecha: 04 de Junio de 2024

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

Rut: 73.568.600-3

Por atención profesional:

DENTISTA, PROGRAMA MEJORAMIENTO AL ACCESO MAYO 2024	885.000
<b>Total Honorarios \$:</b>	885.000
<b>13.75 % Impto. Retenido:</b>	121.688
<b>Total:</b>	763.312

Fecha / Hora Emisión: 04/06/2024 17:16



19661579000195DCB685

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.

11202406041716

Fecha / Hora Impresión: 04/06/2024 17:16



MUNICIPALIDAD DE CONCIÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD.

NOMBRE: Matias Deischler Ahumada

R.U.T.: [REDACTED]

HONORARIO PRESUPUESTO [REDACTED]  
CONVENIO SI

PROGRAMA PROGRAMA MEJORANDO EL ACCESO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

FUNCIONES Odontolgo - Mejoramiento al acceso

CONTRATO

D.A. 17  
INICIO 5/7/2024  
TERMINO 12/31/2024  
HORAS MÍNIMO SEMANAL  
29 MÁXIMO SEMANAL  
MENSUAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS SI

OBSERVACIONES

VALOR MENSUAL (según contrato) \$  
HORA EFECTIVA (según contrato) \$ 15,000

MES MAYO

DIAS TRAB 17

HORAS TOTALES 59

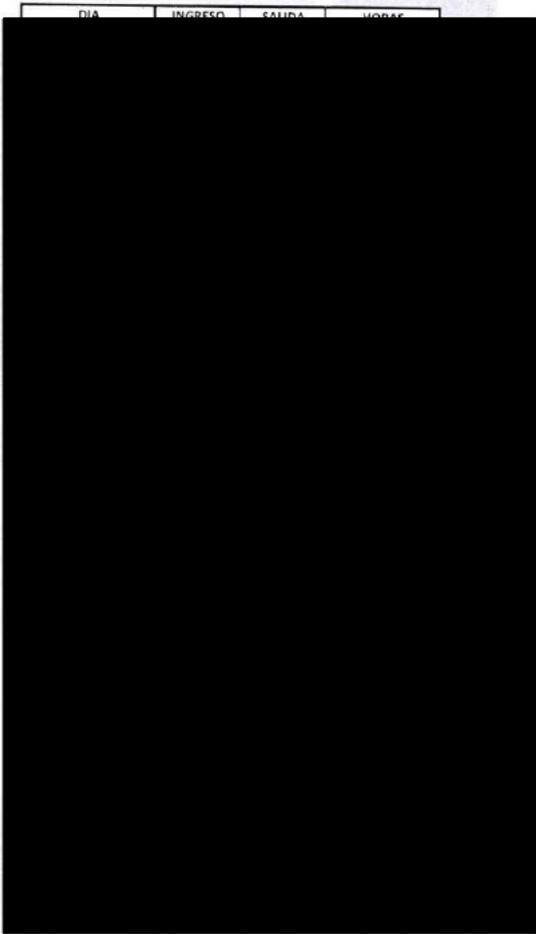
VALOR BOLETA 885,000

NÚMERO BOLETA 19



[REDACTED]  
VºBº DESAM

[REDACTED]  
DIRECTOR DESAM



# Registro de Asistencia (4 Columns)

---

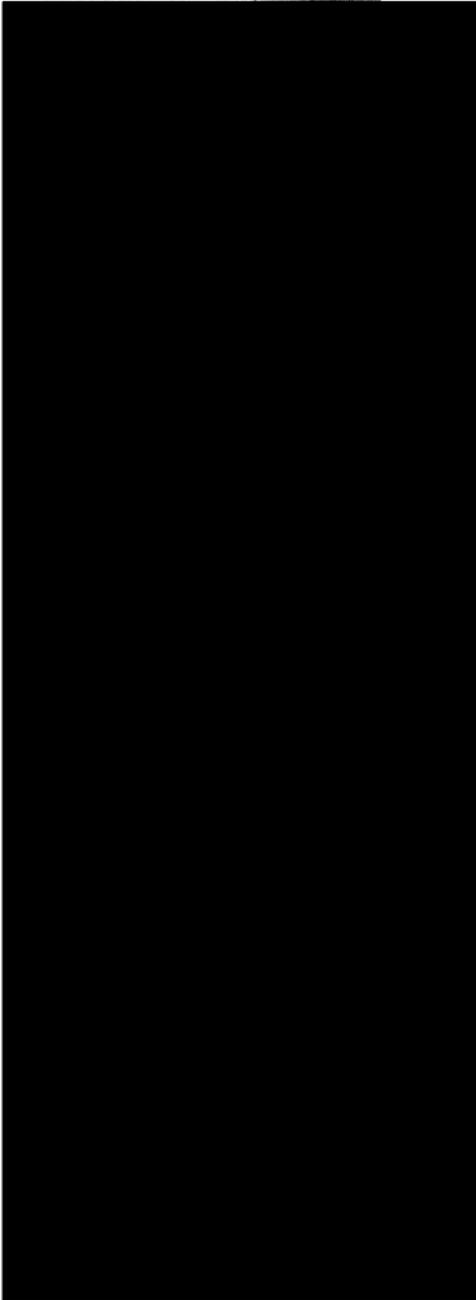
(Matias Deischler)

2024-05-01 – 2024-05-31

Dpto.:OUR COMPANY

---

Matias Deischler(3376)





00015

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN  
CESFAM CONCON

### **CERTIFICADO N° 343**

La jefatura y/o encargado(a), Certifica, que el profesional, Matías Sebastián Deischler Ahumada identificado con el RUT [REDACTED] presenta sus atenciones clínicas debidamente registradas en el sistema de registro clínico Avis durante el mes de NOVIEMBRE del presente año, cuyas atenciones están destinadas al programa MEJORAMIENTO AL ACCESO ODONTOLÓGICO 2024.

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

FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, Mayo del 2024






FIRMA :



V°B° DIRECCIÓN: