

CAMILA IGNACIA DIAZ CASTRO

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA
N ° 25**

RUT: [REDACTED]

**GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR
OTROS PROFESIONALES DE,
ENFERMERA**

[REDACTED]

Fecha: 03 de Junio de 2024

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE CONCON
Domicilio: SANTA LAURA 567, CON CON

Rut: 73.568.600- 3

Por atención profesional:

ENFERMERA PROGRAMA, MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA MES DE MAYO 2024	656.000
Total Honorarios \$:	656.000
13.75 % Impto. Retenido:	90.200
Total:	565.800

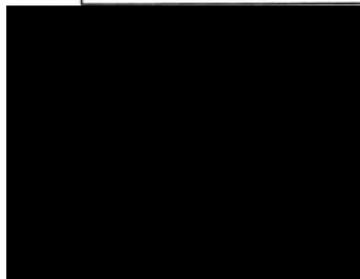
Fecha / Hora Emisión: 03/06/2024 18:00



18585146000255951F0D

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.

11202406031800

Fecha / Hora Impresión: 03/06/2024 18:00



MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD.

NOMBRE: CAMILA IGNACIA DIAZ CASTRO

R.U.T.: [REDACTED]

HONORARIO PRESUPUESTO	NO
CONVENIO	SI

PROGRAMA

FUNCIONES ENFERMERA PROG MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA MES DE MAYO 2024

CONTRATO

D.A.	1741
INICIO	01.05.2024
TERMINO	31.12.2024
HORAS	19
	MÍNIMO SEMANAL
	19
	MÁXIMO SEMANAL
	MENSUAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS

OBSERVACIONES

VALOR	MENSUAL(según contrato)	\$	8200
	HORA EFECTIVA(según contrato)	\$	

MES MAYO

DÍAS TRAB 21

HORAS TOTALES 80:00

VALOR BOLETA 656,000

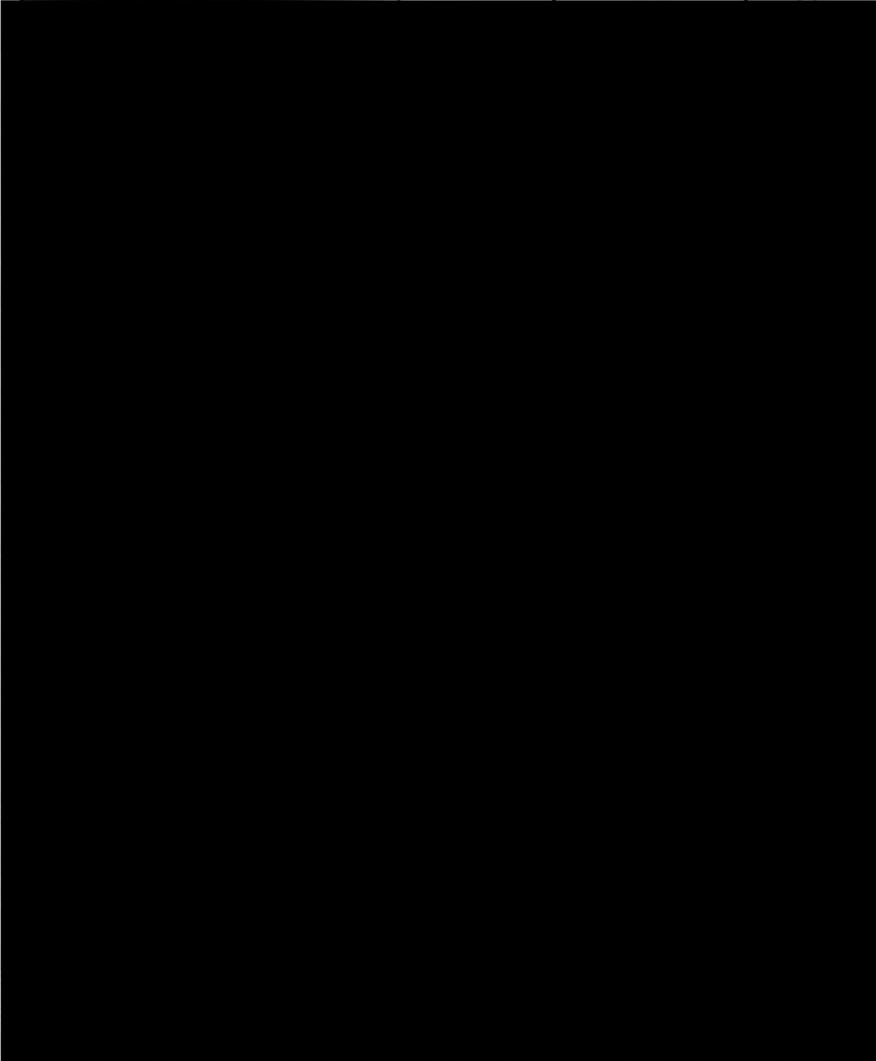
NÚMERO BOLETA 25



V°B° DESAM

[Empty box for signature]

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



SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL

OBSERVACIONES

PERMISO ADMINISTRATIVO 20-05-2024

346000006
347

Registro de Asistencia (4 Columns)

(Camila Diaz)

2024-05-01 – 2024-05-31

Dpto.: OUR COMPANY

Camila Diaz(3159)





00005

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
CESFAM CONCON

CERTIFICADO N°346

La jefatura y/o encargado(a), Certifica que **CAMILA IGNACIA DIAZ CASTRO** RUT: [REDACTED] ENFERMERA, presenta sus atenciones debidamente registradas en el registro clínico AVIS, durante el mes de **MAYO** del presente año, cuyas atenciones están destinadas al programa "MODELO DE ATENCIÓN DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA " por 19 horas.

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



FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, Junio 2024