**MARIANA FRANCISCA NARANJO GODOY**

**BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA**

**N ° 9**

**RUT:** [redacted]

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,

**AUXILIAR DE FARMACIA**

[redacted]

**Fecha:** 03 de Mayo de 2024

**Señor(es):** I MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Rut:** 73.568.600– 3

**Domicilio:** SANTA LAURA 567, CON CON

Por atención profesional:

| | |
|---|---|
| AUXILIAR DE FARMACIA EXTENSION HORARIA ABRIL 03–04–09–15 | 48.000 |
| **Total Honorarios $:** | 48.000 |
| **13.75 % Impto. Retenido:** | 6.600 |
| **Total:** | 41.400 |

Fecha / Hora Emisión: 03/05/2024 10:10

1899695900009564A4F8

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 indicado

[redacted]

Fecha / Hora Impresión: 03/05/2024 10:11

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DIRECCIÓN SALUD

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

**NOMBRE:** MARIANA NARANJO GODOY

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

**HONORARIO** PRESUPUESTO SI
CONVENIO NO

**PROGRAMA**

**FUNCIONES** DISPENSACIÓN Y REENVASADO DE MEDICAMENTOS EN EXT. HORARIA FARMACIA

**CONTRATO**

D.A. 550
INICIO 01-01-24
TERMINO 31-12-24
HORAS SEMANAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS SI
OBSERVACIONES
valor por hora y/o atencion de $ 4700; $5400 DÍA NO HÁBIL

**VALOR** MENSUAL(según contrato)

**MES** ABRIL

**DIAS TRAB** 4

**HORAS TOTALES** 10:00

**VALOR BOLETA** $ 48.000

**NÚMERO BOLETA** 9

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DIRECCIÓN
SALUD

DIRECTOR CESFAM SAPU

V°B° DESAM

DIRECTOR DESAM

| DIA | INGRESO | SALIDA | HORAS |
|---|---|---|---|
| [redacted] | | | |

SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL | SI

OBSERVACIONES

270
271

# Registro de Asistencia (4 Columns)

(Mariana Naranjo Godoy)

2024-04-01 -- 2024-04-30

Dpto.:OUR COMPANY

Mariana Naranjo Godoy(3286)

[redacted]

CESFAM
SAPU CONCON

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
CESFAM CONCON

## *CERTIFICADO N° 271*

La jefatura y/o encargado(a). Certifica. Que la profesional MARIANA NARANJO GODOY identificado con el RUT: [redacted] presenta sus atenciones clínicas debidamente registradas en el sistema de registro clínico AVIS durante el mes de **ABRIL** del presente año, cuyas atenciones están destinadas al programa EXTENSIÓN HORARIA.

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

[redacted]

FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, 03-05-2024.

6xr



REPUBLICA DE CHILE
I.MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

## CONTRATO DE HONORARIOS

En Concón, a 10 de enero del año 2024, comparece por una parte **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS,** [redacted] Cédula de Identidad N[redacted]8.[redacted] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la Ilustre Municipalidad De Concón, en adelante **MANDANTE** y D. **MARIANA NARANJO GOODY**, de Nacionalidad [redacted] o [redacted] s[redacted], de profesión auxiliar en Farmacia, Cédula de Identidad N° 18.996.959-7, con domicilio e[redacted] en adelante el **MANDATARIO** los cuales vienen a convenir el siguiente contrato:

**PRIMERO:** Por el presente instrumento, el Mandante Don **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 de esta Prestación de Servicios contratado ascenderá a la suma de **hora de $4.800.-** (Cuatro mil ochocientos pesos) de lunes a viernes y de **$ 5.500.- la hora** días sábado (Cinco mil quinientos pesos), impuesto incluido, que será cancelada previa certificación de los trabajos realizados por la Dirección del CESFAM-SAR de Concón, realizando las funciones de:

- **Técnico en farmacia**, Extensión Horaria, de lunes a viernes, 16 horas semanales en rotación de turnos en el CESFAM de Concón, jornada distribuida de lunes a jueves desde las 17:00 hasta las 20:00 horas y viernes de 16:00 a 20:00 horas, según calendarizaciones entregada por la Dirección Cesfam.

- **Técnico en farmacia,** Extensión Horaria, sábado, 4 horas semanales en rotación de turnos en el CESFAM de Concón, jornada distribuida desde las 09:00 horas hasta las 13:00 horas, según calendarizaciones entregada por la Dirección Cesfam.

FUNCION Y OBJETIVO

CESFAM SAR
Centro de Salud Familiar Concón

# Informe de actividades Honorarios

| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | MARIANA NARANJO GODOY |
| **RUT** | [redacted] |
| **MES** | ABRIL |
| **CONVENIO/PRESUPUESTO** | EXTENSIÓN HORARIA |
| **HORAS SEMANALES** | 6 |
| **HORARIO** | HORARIO 08:00 A 20:00 HORAS. LUNES A VIERNES |

| Día o Semana | Actividades |
|---|---|
| 03 | DISPENSACIÓN Y REENVASADO DE MEDICAMENTOS. 388 DISPENSACIONES. |
| 04 | DISPENSACIÓN Y REEVASADO DE MEDICAMENTOS. 285 DISPENSACIONES. |
| 09 | DISPENSACIÓN Y REENVASADO DE MEDICAMENTOS. 368 DISPENSACIONES. |
| 15 | DISPENSACIÓN Y REENVASADO DE MEDICAMENTOS. 484 DISPENSACIONES. |

FIRMA [redacted]

V°B° DIRECCIÓN: _____

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DIRECCIÓN
SALUD