**MARCELO IGNACIO TAPIA GARAY**

**BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA**

**N ° 126**

**RUT:** [redacted]

GIRO(S): SERVICIOS DE ODONTOLOGOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE,

**CIRUJANO DENTISTA**

[redacted]

**Fecha:** 03 de Mayo de 2024

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

**Rut:** 73.568.600- 3

**Domicilio:** CHANARCILLO 1150 CONCON, VALPARAISO

Por atención profesional:

| | |
|---|---|
| ODONTOLOGO PRESUPUESTO EXTENSION HORARIA SABADO (12 HRS) ABRIL | 218.400 |
| **Total Honorarios $:** | 218.400 |
| **13.75 % Impto. Retenido:** | 30.030 |
| **Total:** | 188.370 |

Fecha / Hora Emisión: 03/05/2024 03:04

17995008001260647 2AC

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.

11202405030304

Fecha / Hora Impresión: 03/05/2024 03:04

[redacted]

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON DIRECCIÓN SALUD

1

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

**NOMBRE:** Marcelo Ignacio Tapia Garay

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

**HONORARIO** PRESUPUESTO: SI
CONVENIO: NO

**PROGRAMA** PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL

**FUNCIONES** ODONTOLOGO EXTENSION HORARIA SABADOS

**CONTRATO**

| | | |
|---|---|---|
| D.A. | 248 | |
| INICIO | 01/01/2024 | |
| TERMINO | 31/12/2024 | |
| HORAS | 4 | MÍNIMO SEMANAL |
| | 4 | MÁXIMO SEMANAL |
| | | MENSUAL |

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS: SI

OBSERVACIONES

**VALOR**

| | | |
|---|---|---|
| MENSUAL(según contrato) | $ | |
| HORA EFECTIVA(según contrato) | $ | 18,200 |

**MES** ABRIL

**DIAS TRAB** 3

**HORAS TOTALES** 12:00

**VALOR BOLETA** **218400**

**NÚMERO BOLETA** 126

V°B° DESAM

DIRECTOR CESFAM SAPU

DIRECTOR DESAM

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

SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL | SI

OBSERVACIONES

# Registro de Asistencia (4 Columns)

(Marcelo Tapia Garay)

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

Dpto.:OUR COMPANY

Marcelo Tapia Garay(3224)

[redacted]

SAPU CONCON

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
CESFAM CONCON

## *CERTIFICADO N° 282*

La jefatura y/o encargado(a), Certifica, Que el profesional Marcelo Tapia Garay 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 PRESUPUESTO EXTENSION HORARIA SABADOS 2024

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

[redacted]

FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, mayo de 2023

REPUBLICA DE CHILE
I.MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

00079

**CONTRATO DE HONORARIOS**

En Concón, a 01 de enero del año 2024, comparece por una parte D. FREDDY **ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, Chileno, Cédula de Identidad N° [redacted] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Concón, en adelante MANDANTE y D. MARCELO IGNACIO TAPIA GARAY [redacted]

**PRIMERO:** Por el presente instrumento, el Mandante FREDDY **ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, en consideración a la representación que ejerce, 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 entregados, 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 desempeñar, 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 del servicio contratado ascenderá a la suma de **$ 18.200.- la hora los días sábados** (Dieciocho mil doscientos pesos), impuesto incluido, que serán cancelados previa Certificación de los trabajos realizados por la Dirección CESFAM-SAR
Realizando las funciones de:

- **Odontólogo** 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

Objetivo:
Brindar Atención Odontológica Integral, según el enfoque de Salud Familiar, a los pacientes que concurren al CESFAM.

Funciones:
Durante la extensión de horario en el ámbito de la salud dental, los odontólogos pueden desempeñar funciones clave para garantizar el acceso continuo a servicios odontológicos.
Para nuestros usuarios en:
Consulta y diagnostico
Tratamientos odontológicos

CESFAM SAR
Centro de Salud Familiar Corcón

# Informe de actividades Honorarios

| | |
|---|---|
| NOMBRE | Marcelo Tapia Garay |
| RUT | [redacted] |
| MES | Marzo |
| CONVENIO/PRESUPUESTO | Presupuesto odontólogo extensión horaria sábados |
| HORAS SEMANALES | 4 |
| HORARIO | Sábado 9:00-13:00 |

| Día o Semana | Actividades |
|---|---|
| 6-abril | 9 usuarios morbilidad |
| 13- abril | 8 usuarios morbilidad |
| 27-abril | 8 usuarios morbilidad |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

CESFAM SAR
Centro de Salud Familiar Concón

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

FIRM[redacted]

V°B° DIRECCIÓN: _____

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DIRECCIÓN
SALUD