

0010

CAMILA IGNACIA DIAZ CASTRO**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA****N ° 33****RUT:** [REDACTED]**GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR
OTROS PROFESIONALES DE,
ENFERMERA**
[REDACTED]**Fecha:** 02 de Octubre de 2024**Señor(es):** I MUNICIPALIDAD DE CONCON
Domicilio: SANTA LAURA 567, CON CON**Rut:** 73.568.600- 3

Por atención profesional:

ENFERMERA 19 HRS CONVENIO MAIS SEPTIEMBRE 2024	492.000
Total Honorarios \$:	492.000
13.75 % Impto. Retenido:	67.650
Total:	424.350

Fecha / Hora Emisión: 02/10/2024 17:15



1858514600033EE7A493

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.

Fecha / Hora Impresión: 02/10/2024 17:15



MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD.**NOMBRE:** CAMILA IGNACIA DIAZ CASTRO**R.U.T.:** **HONORARIO** PRESUPUESTO
CONVENIO **PROGRAMA** **FUNCIONES** ENFERMERA PROG MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA MES DE MARZO 2024**CONTRATO**

D.A.	<input type="text" value="1741"/>
INICIO	<input type="text" value="01.05.2024"/>
TERMINO	<input type="text" value="31.12.2024"/>
HORAS	<input type="text" value="19"/> MÍNIMO SEMANAL
	<input type="text" value="19"/> MÁXIMO SEMANAL
	<input type="text"/> MENSUAL

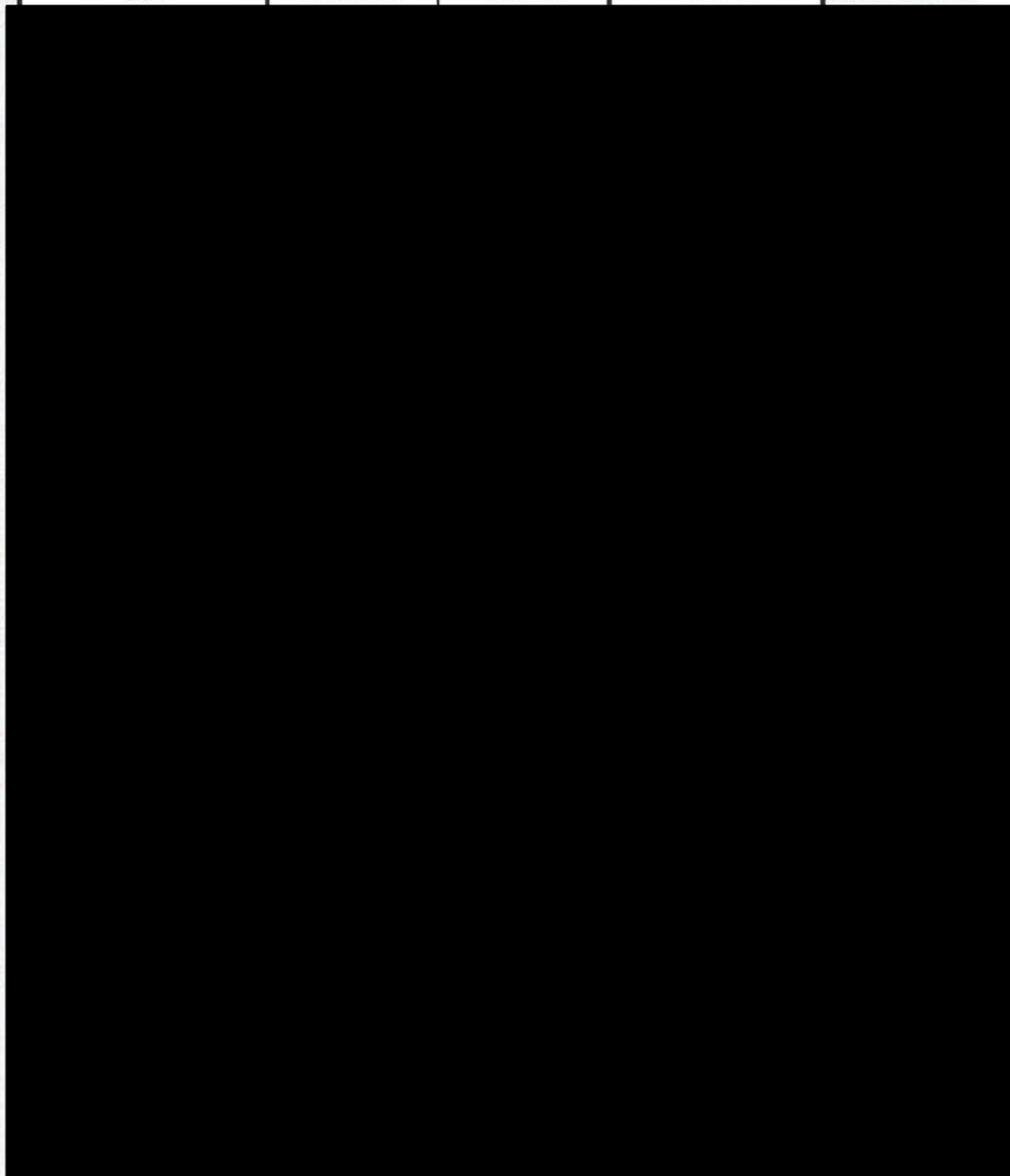
REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS

OBSERVACIONES

VALOR	MENSUAL(según contrato)	\$	<input type="text" value="8200"/>
	HORA EFECTIVA(según contrato)	\$	<input type="text"/>

MES **DIAS TRAB** **HORAS TOTALES** **VALOR BOLETA** **NÚMERO BOLETA**

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



SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL

SI

OBSERVACIONES

27-09-2024 y 30-09-2024 Permiso Administrativo

Registro de Asistencia (4 Columns)

(Camila Diaz)

730

0007

2024-09-01 -- 2024-09-30

Dpto.:OUR COMPANY

Camila Diaz(3159)

02-09-2024 6:55:13	M/Ent
02-09-2024 20:03:30	M/Sal
03-09-2024 6:55:57	M/Ent
03-09-2024 20:00:34	M/Sal
04-09-2024 6:56:04	M/Ent
04-09-2024 20:01:00	M/Sal
05-09-2024 6:58:18	M/Ent
05-09-2024 19:07:25	M/Sal
06-09-2024 6:52:48	M/Ent
06-09-2024 19:01:45	M/Sal
09-09-2024 6:53:04	M/Ent
09-09-2024 20:01:00	M/Sal
10-09-2024 6:56:57	M/Ent
10-09-2024 20:04:45	M/Sal
11-09-2024 6:57:45	M/Ent
11-09-2024 20:00:05	M/Sal
12-09-2024 6:56:59	M/Ent
12-09-2024 19:06:57	M/Sal
13-09-2024 6:57:06	M/Ent
13-09-2024 19:37:53	M/Sal
16-09-2024 6:54:37	M/Ent
16-09-2024 20:01:13	M/Sal
17-09-2024 6:55:24	M/Ent
17-09-2024 13:21:27	M/Sal
23-09-2024 6:50:21	M/Ent
23-09-2024 20:02:21	M/Sal
24-09-2024 6:56:24	M/Ent
24-09-2024 20:01:17	M/Sal
25-09-2024 6:57:50	M/Ent
25-09-2024 20:00:19	M/Sal
26-09-2024 6:59:57	M/Ent
26-09-2024 19:23:14	M/Sal

M/Ent: 16

M/Sal: 16

32 eliminar



0006

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
CESFAM CONCON

CERTIFICADO N°730

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 **SEPTIEMBRE** 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.

Dr. Harry Wilson Acevedo
Médico de Familia

[REDACTED]
FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

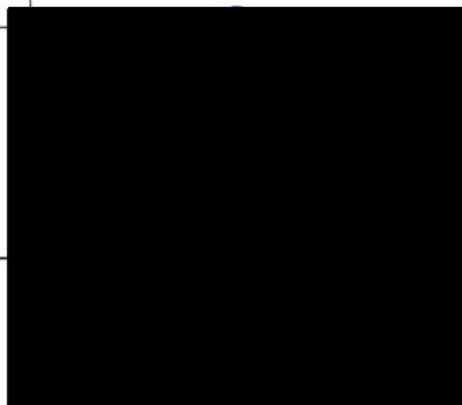
Concón, Octubre 2024

Informe de actividades Honorarios

NOMBRE	CAMILA IGNACIA DIAZ CASTRO
RUT	[REDACTED]
MES	SEPTIEMBRE 2024
CONVENIO/PRESUPUESTO	MAIS
HORAS SEMANALES	19
HORARIO	

Día o Semana	Actividades
SEMANA 02 AL 06 SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> - 04 INGRESO DE MULTIMORBILIDAD - 02 CONTROLES MULTIMORBILIDAD - 04 GESTION DE CASOS
SEMANA 09 AL 13 SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> - 07 SEGUIMIENTO A DISTANCIA MULTIMORBLIDAD - 05 INGRESOS MULTIMORBILIDAD - 01 CONTROL MULTIMORBILIDA
SEMANA 16 AL 20 SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> - 01 CONTROLES MULTIMORBILIDAD - REVISION DE FICHAS USUARIO ESTRATEGIA ECICEP
SEMANA 23 AL 27 SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> - ACTUALIZACION PLANILLA USUARIO ESTRATEGIA ECICEP - 01 SEGUIMIENTO A DISTANCIA MULTIMORBLIDAD - EMPA TERRENO - REVISION DE FICHA USUARIOS CON EMPAM PENDIENTE - PERMISO ADMINISTRATIVO
SEMANA 30 SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> - PERMISO ADMINISTRO

FIRMA:



V°B° DIRECCIÓN:



CONTRATO DE HONORARIOS
ENFERMERA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CON
CAMILA DIAZ CASTRO

En Concón, a 06 de mayo del año 2024, comparece por una parte **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, Cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN, Rut número setenta y tres millones quinientos sesenta y ocho mil seiscientos guion tres, domiciliados en calle Santa Laura número quinientos sesenta y siete, comuna de Concón, en adelante **MANDANTE**; y por la otra, doña **CAMILA DIAZ CASTRO** de Nacionalidad [REDACTED] Estado Civil [REDACTED] de profesión enfermera, Cédula de Identidad [REDACTED] con domicilio [REDACTED] ambos comparecientes mayores de edad, quienes han convenido el siguiente contrato:

PRIMERO: Por el presente instrumento, el Mandante Don **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, en consideración a la representación que enviste, encarga al Mandatario antes individualizado, para efectuar la labor de **Enfermera** en el Cesfam de Concón, obligándose a las siguientes funciones:

- ❖ Ejecutar personalmente las labores 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 u eficiencia contribuyendo a materializar los objetivos del Cesfam.
- ❖ Cumplir las destinaciones y las comisiones de servicios que disponga la autoridad competente.
- ❖ De acuerdo al Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

En su título **TERCERO:**

El Propósito de este Programa es consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y Hospitales Comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria: centrado en las personas, con integridad de la atención y continuidad del cuidado.

Apoyando con la entrega de recursos anuales, única y exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

Dado todo lo anterior en resumen las acciones a cumplir son:

- ❖ Nombramiento Encargado(a) MAIS-ECICEP.
- ❖ Autoevaluación establecimientos, si corresponde según OOTT.
- ❖ Plan de Mejora.
- ❖ Planilla de gastos.
- ❖ Gestión de los recursos.
- ❖ Rendiciones mensuales de los gastos en plataforma SISREC.
- ❖ Entregar al Servicio de Salud verificadores de cumplimiento de las actividades comprometidas en el plan de mejora.
- ❖ Referente MAIS – ECICEP.
- ❖ Informar establecimientos y número de usuarios comprometidos en estrategia de cuidados Integrales centrados en la Persona Centrado (ECICEP).
- ❖ Capacitación a equipos en temáticas de salud Familiar, trabajo en red, ECICEP entre otras.
- ❖ Participación en estrategia de continuidad de la atención a través de la pesquisa y derivación pacientes con enfermedades No transmisibles (ENT) desde Servicios de Urgencia a la APS. (Eje calidad Instrumento MAIS).
- ❖ Participación proyectos Programa Buenas Prácticas.
- ❖ Envío planilla MINSAL corte Agosto-Diciembre.

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 y Desam 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 19 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 secretaría 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. Por corresponder a un contrato inferior a 44 horas, para las horas efectivamente trabajadas, no será considerado los 30 minutos de colación. Salvo que, en la sumatoria de contratos o nombramientos, en establecimientos dependientes del Departamento de Salud de Concón, sume 44 horas semanales.

QUINTO: PLAZO DEL SERVICIO CONTRATADO. El plazo de duración de los servicios contratados será desde el 01 de mayo al 31 de diciembre del año 2024

SEXTO: el servidor podrá asistir a reuniones, cursos, capacitaciones inherentes a cada convenio, previa solicitud del referente del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, revisado y autorizado por la Dirección CESFAM.

SEPTIMO: SUPERVISIÓN. La Dirección del Centro de salud familiar Concón, a través de la respectiva Inspección Técnica, designada para tales efectos, fijará las condiciones en que se prestará el servicio y tendrá a su cargo la supervisión, coordinación y control directo del cumplimiento del presente contrato, y de todas las obligaciones que de él emanan para el prestador de servicios, así como también lo que respecta con los afiliados independientes al régimen previsional social establecidas en el Decreto Ley N° 3.500, Corresponderá a la Unidad Municipal antes señalada dar el visto bueno del servicio prestado.

OCTAVO: DECLARACIÓN. El profesional, declara bajo juramento que no se encuentra afectado por algunas de las inhabilidades descritas en el artículo 54 de la ley 18.575 Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del estado, esto es:

- a) Las personas que tengan vigente o suscriban, por si o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas UTM o más, con el respectivo organismo de la administración pública. Tampoco podrán hacerlo quien tenga litigios pendientes con la institución de que se trata, a menos que se refiere al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando esta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas UTM o más, o litigios pendientes, con el organismo de la administración a cuyo ingreso postula.
- b) Las personas que tengan la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del organismo de la administración civil del estado al que postulas, hasta el nivel de jefe de departamento o equivalente, inclusive.

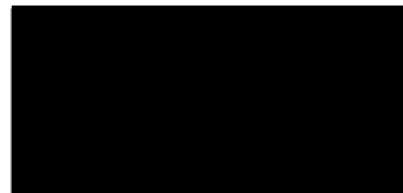
DÉCIMO: TÉRMINO DEL CONTRATO. El contrato se podrá terminar en forma anticipada por las siguientes causas:

- a) Acuerdo entre las partes;
- b) Incumplimiento de metas del programa para que fue contratado
- c) Cualquier incumplimiento de las obligaciones que asume el prestador de servicios, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Unidad Técnica;
- d) Se haya dictado auto apertura de juicio oral en contra del prestador de servicios;
- e) El empleador ponga término en forma unilateral.

DÉCIMO PRIMERO: el trabajador deberá marcar su asistencia al trabajo en el reloj control, será evaluado de acuerdo al cumplimiento de metas del programa y tendrá derecho a:

- ✓ 15 días de vacaciones;
"El personal con más de un año de servicio tendrá derecho a un feriado con goce de todas sus remuneraciones"
Cuando las necesidades del establecimiento lo requieran, el Director podrá anticipar o postergar la época del feriado, a condición de que éste quede comprendido dentro del año respectivo.
- ✓ 06 días administrativos, por año calendario;
"podrán solicitar permisos para ausentarse de sus labores por motivos particulares hasta por seis días hábiles en el año calendario, con goce de sus remuneraciones. Estos permisos podrán fraccionarse por días o medios días, y serán concedidos o denegados por el Director del establecimiento, según las necesidades del servicio"
- ✓ 05 días de capacitación, reuniones, cursos y pasantías, según necesidad de servicio inherente al cargo y autorizado por dirección, provenientes del Minsai y del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
- ✓ Tendrán derecho a fuero maternal y servicio de Sala Cuna, de ser necesario.

DÉCIMO SEGUNDO: EJEMPLARES. Las partes acuerdan suscribir el presente contrato ante ministro de fe municipal, en tres ejemplares, quedando uno de ellos en poder del prestador de servicios y dos en poder del Municipio



CAMILA DÍAZ CASTRO
PRESTADOR DE SERVICIOS



