

GUSTAVO DEL CARMEN FLORES CORTES**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA****N ° 153****RUT:** [REDACTED]**GIRO(S):** OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,
[REDACTED]**Fecha:** 02 de Octubre de 2024**Señor(es):** I MUNICIPALIDAD DE CONCON**Rut:** 73.568.600- 3**Domicilio:** CHANARCILLO 1150, CON CON

Por atención profesional:

| | |
|---|---------------|
| CONTINUIDAD HORARIA LUN A VIER 23-09-24 / 30-09-24 | 28.800 |
| ADM. CONTINUIDAD HORARIA SABADO 21-09-24 / 28-09-24 | 42.400 |
| Total Honorarios \$: | 71.200 |
| 13.75 % Impto. Retenido: | 9.790 |
| Total: | 61.410 |

Fecha / Hora Emisión: 02/10/2024 08:51



1098609100153BD3F6BE

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.

0851

Fecha / Hora Impresión: 02/10/2024 08:51



MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD.

NOMBRE:

R.U.T.:

HONORARIO

| | |
|-------------|----|
| PRESUPUESTO | NO |
| CONVENIO | NO |

PROGRAMA

FUNCIONES

CONTRATO

| | |
|---------|------------|
| D.A. | 248 |
| INICIO | 1/1/2024 |
| TERMINO | 12/31/2024 |
| HORAS | 3 SEMANAL |

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS

OBSERVACIONES

VALOR **MENSUAL**(según contrato)

MES

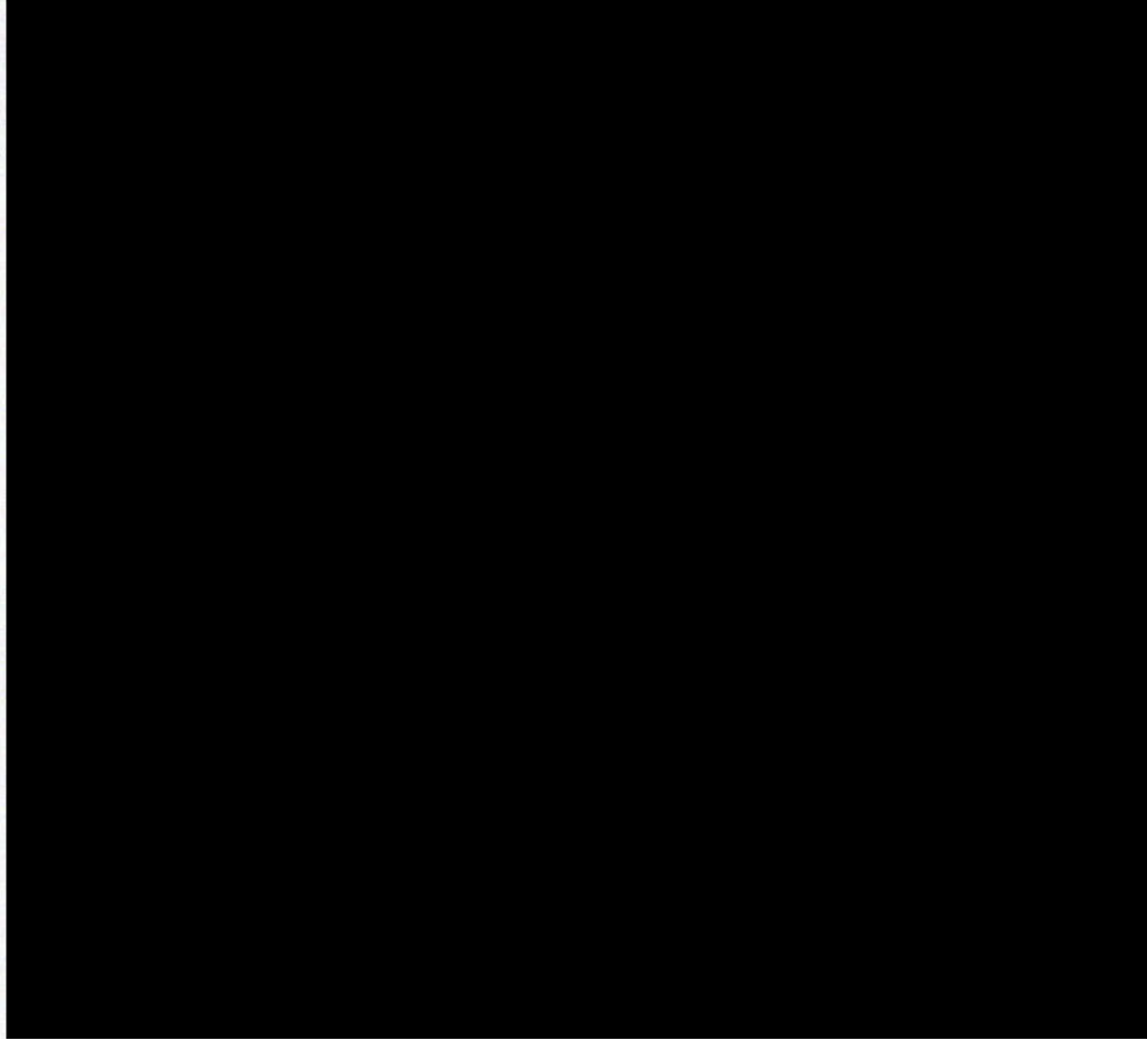
DIAS TRAB

HORAS TOTALES

VALOR BOLETA

NÚMERO BOLETA

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



SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL

OBSERVACIONES

716
0114

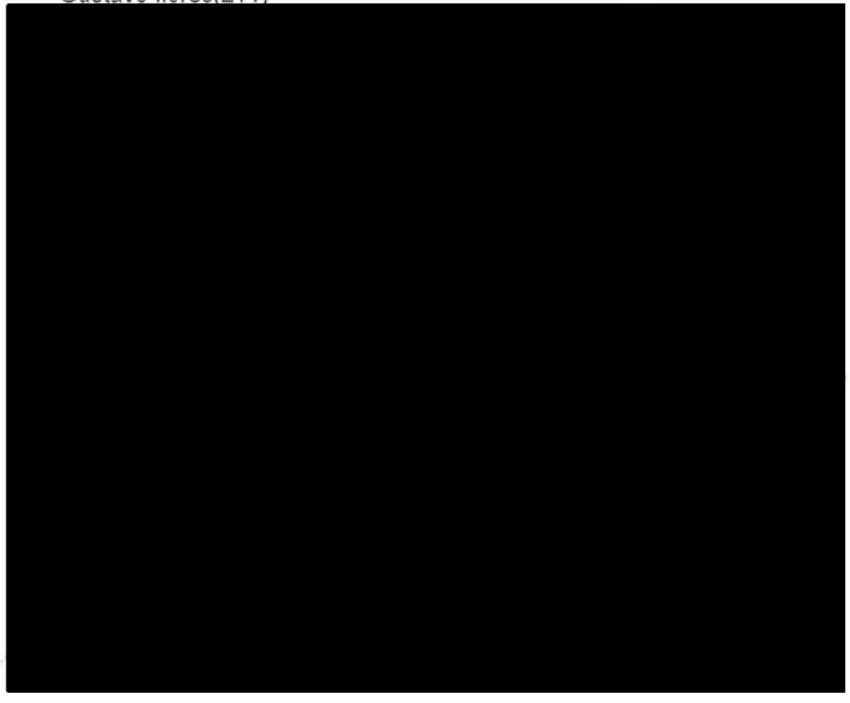
Registro de Asistencia (4 Columns)

(Gustavo flores)

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

Dpto.:OUR COMPANY

Gustavo flores(211)






0113

I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
CESFAM CONCON

CERTIFICADO N° 716

La jefatura y/o encargado(a), Certifica, que la profesional Gustavo Flores Cortes, identificado con el RUT [REDACTED] presenta sus atenciones clínicas debidamente registradas en el sistema durante el mes de Septiembre del presente año, cuyas atenciones están destinadas al programa Continuidad Horaria 2024.

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


FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, 02 de Octubre 2024

000044

REPUBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONTRATO DE HONORARIOS

En Concón, a 01 de enero del año 2024, comparece por una parte **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, [REDACTED] Cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la Ilustre Municipalidad De Concón, en adelante **MANDANTE** y **D. GUSTAVO FLORES CORTES**, de Nacionalidad [REDACTED] Estado Civil [REDACTED] Cédula de Identidad N° [REDACTED] con domicilio en [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 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 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 **\$ 5.300.- la hora** días sábado (Cinco mil trescientos pesos), impuesto incluido, que será cancelada previa certificación de los trabajos realizados por la Dirección del CESFAM-SAR de Concón, realizando las funciones de:

- ❖ **Digitador**, 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.
- ❖ **Digitador**, 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

gestión administrativa y operativa para garantizar un funcionamiento eficiente y la prestación continua de servicios de atención médica en

- Registro y control de citaciones
- Gestión de la información
- Atención de usuarios
- Promoción y prevención de la salud

QUINTO: 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 secretaria 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.

SEXTO: El presente contrato comenzará a regir a partir del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2024 y/o hasta que el Mandante ponga término en forma unilateral.

SEPTIMO: El Mandatario prestara sus servicios y tendrá como contra parte técnica a la Dirección del CESFAM – SAR.

OCTAVO: 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.
- c) Las personas que se hallen condenadas por crimen o simple delito.

NOVENO: el trabajador deberá marcar su asistencia al trabajo en el reloj control y será evaluado de acuerdo al cumplimiento de metas del programa.

Se firma el presente contrato en triplicado, quedando dos ejemplares en poder del Mandante y una copia en poder del Mandatario.

UNIDAD DE
NOMBRE NEREDDY RAMIREZ VILLALBA

Informe de actividades Honorarios

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| NOMBRE | GUSTAVO FLORES CORTES |
| RUT | [REDACTED] |
| MES | SEPTIEMBRE 2024 |
| CONVENIO/PRESUPUESTO | COTINUIDAD HORARIA |
| HORAS SEMANALES | |
| HORARIO | 16:00 A 20:00 |

| Día o Semana | Actividades |
|-------------------------|--|
| 21-09-24 | Dación de horas de pacientes 16 Registro de pacientes 19 |
| 23-09-24 | Dación de horas 14 Registro de pacientes 20 |
| 28-09-24 | Recepción de pacientes 16 Dación de horas 10 |
| 30-09-24 | Recepción de pacientes 19 Dación de horas 11 Cancelación de cita 2 |
| | |
| | |
| | |
| | |

FIRMA :

[REDACTED]

V°B° DIRECCIÓN:



