

## GUSTAVO DEL CARMEN FLORES CORTES

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA  
N ° 160

RUT: [REDACTED]  
GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,  
[REDACTED]

Fecha: 01 de Abril de 2025

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE CONCON  
Domicilio: CHANARCILLO 1150, CON CON

Rut: 73.568.600-3

Por atención profesional:

CONTINUIDAD HORARIA LUN A VIE 17-03-25 / 24-03-25 / 31-03-25	45.000
Total Honorarios \$:	45.000
14.5 % Impo. Retenido:	6.525
Total:	38.475

Fecha / Hora Emisión: 01/04/2025 19:31



1098609100160C699D0A

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

504011931

Fecha / Hora Impresión: 01/04/2025 19:31





MUNICIPALIDAD DE CONCÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD.

NOMBRE: GUSTAVO FLORES CORTES

R.U.T.: XXXXXXXXXX

HONORARIO	PRESUPUESTO	NO
CONVENIO		NO

PROGRAMA XXXXXXXXXX

FUNCIONES DACION DE HORAS DE EXAMENES, RADIOGRAFIAS,  
ELECTROCARDIOGRAMA Y CONTROLES DERIVADOS DE LA CONTINUIDAD  
HORARIA

CONTRATO

D.A.	213
INICIO	01/01/2025
TERMINO	31/12/2025
HORAS	3 SEMANAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS SI

OBSERVACIONES

valor por hora y/o atencion de \$ 5,000 de lunes a viernes  
Valor dia sabado \$ 5,500

VALOR MENSUAL (según contrato) XXXXXXXXXX

MES MARZO

DIAS TRAB 8

HORAS TOTALES 9:00

VALOR BOLETA \$ 45,000

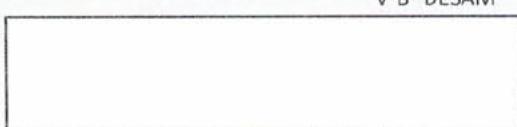
NÚMERO BOLETA 160



DIRECTOR CESFAM SAPU



V°B° DESAM



DIRECTOR DESAM



DIA	INGRESO	SALIDA	HORAS

SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL

OBSERVACIONES



# Registro de Asistencia (4 Columns)

(Gustavo flores)

2025-03-01 -- 2025-03-31

Dpto.:OUR COMPANY

Gustavo flores(211)







I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN  
CESFAM CONCON

***CERTIFICADO N° 177***

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 marzo del presente año, cuyas atenciones están destinadas al programa Continuidad Horaria 2025.

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

  
FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, 02 de abril 2025



REPUBLICA DE CHILE  
I.MUNICIPALIDAD DE CONCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONTRATO DE HONORARIOS

En Concón, a 09 de enero del año 2025, 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 fueron 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:

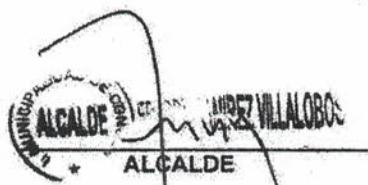
- ❖ Usar en beneficio propio o de terceros la información a que se tuviese acceso en la razón a la función que desempeña.
- ❖ Expresarse de manera impropia e irrespetuosa con la unidad técnica y demás personas que desempeñen funciones en el CESFAM-SAR de Concón.

**CUARTO** El valor de esta Prestación de Servicios contratado ascenderá a la suma de hora de **\$5.000.-** (cinco mil 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:

- ❖ **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.

2. Los Honorarios se cancelarán de acuerdo al Contrato adjunto y que pasarán a formar parte integrante de este Decreto.
3. IMPÚTESE, el costo que irroga este decreto al presupuesto vigente, Subtítulo 21.03.001.001, Honorarios suma alzada adscrito al establecimiento
- 4.- NOTIFIQUESE, por Secretaría Municipal.

REGISTRESE, ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

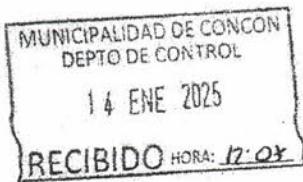


DISTRIBUCION:

- REGISTRO SIAPER
- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD
- INTERESADO

MCD/avr.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	17 ENE 2023	Revisado



NOMBRE	GUSTAVO FLORES CORTES
RUT	[REDACTED]
MES	MARZO 2025
CONVENIO/PRESUPUESTO	COTINUIDAD HORARIA
HORAS SEMANALES	
HORARIO	16:00 A 20:00

## Informe de actividades Honorarios

Día o Semana	Actividades
17-03-25	Dacion de horas de pacientes 10 Registro de pacientes 22
24-03-25	Dación de horas 13 Registro de pacientes 20
31-03-25	Recepción de pacientes 17 Dación de horas 7

FIRMA



V°B° DIRECCIÓN:  V

