

PAOLA ANDREA ZAVALA FUENTES

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 26

RUT:

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

Fecha: 04 de Mayo de 2026

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO

Rut: 69.261.400- 3

Domicilio: CAMINO MILIPILLA 3295 PADRE HURTADO, PADRE HURTADO

Por atención profesional:

HONORARIO PODOLOGIA MES DE ABRIL 2026	437.932
Total Honorarios: \$:	437.932
15.25 % Impto. Retenido:	66.785
Total:	371.147

Fecha / Hora Emisión: 04/05/2026 11:06



14265609000266980A72

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

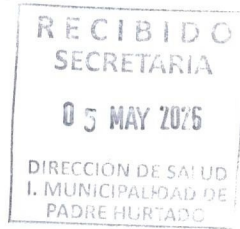
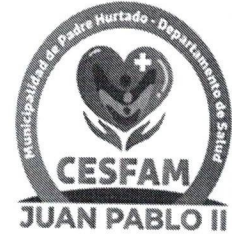
El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202605041107

Fecha / Hora Impresión: 04/05/2026 11:07



DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
Centro de Salud Familiar Juan Pablo II.



ORD : N° 344 / Direc./N° _____ / N° Encargado _____
ANT. : Contrato de prestación de servicios a honorarios del individualizado.
MAT. : Remite Certificación de pago del profesional Paola Andrea Zavala Fuentes

PADRE HURTADO, 04 de mayo de 2026

A : ALEX ENRIQUE GARCIA LEIVA
DIRECTOR DIRECCIÓN DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO

DE : RAÚL BARRIENTOS SEGURA
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II.

Por medio del presente, Certifico a usted, conformidad de los servicios prestados durante el mes de abril 2026, Paola Andrea Zavala Fuentes, Cedula de Identidad N° _____ Podóloga. Contratada en calidad de prestación de servicios honorarios, con grado de consecución del trabajo desarrollado satisfactorio.

Lo anterior para dar inicio a la tramitación del pago correspondiente.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,

RAUL BARRIENTOS SEGURA
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JP II

MARCELA CARO AMIGO
COORDINADORA PROGRAMA ADULTO Y PM
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JP II

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección de Salud.
- Archivo Direccion CESFAM Juan Pablo II.

CESFAM JUAN PABLO II

Padre Hurtado 04-05-2026

INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

INFORMACIÓN GENERAL

Datos	Antecedentes
Nombre Completo	PAOLA ANDREA ZAVALA FUENTES
Cedula de Identidad	
Profesión o Tipo de Prestador	TECNICO PODOLOGÍA CLINICA
Mes que certifica prestación de servicio	ABRIL
Cantidad de Horas o Prestaciones Realizadas en el mes que certifica	87
Numero de Boleta	26
Monto Total Honorario \$	\$437.932
Fecha Emisión de la Boleta	04-05-2026

INFORMACION ESPECÍFICA:

Datos	Antecedentes	
	SI	NO
1.-Descripción de actividades o labores contratadas	X	
2.-Adjunta Respaldo de las actividades, conforme al cometido según contrato	X	
3.-Calendario de horas realizadas o cometidos realizados	X	
Observaciones		

CESFAM JUAN PABLO II

Padre Hurtado 04-05-2026

1.- Descripción de actividades o labores contratadas

Atención podológica de usuario

Evaluación ficha clínica

2.- Calendario de horas realiza o cometidos realizados

DIA	HORARIOS	HORAS
02/04/2026	08:30 a 16:30	8
03/04/2026	08:20 a 15:30	7
04/04/2026	08:30 a 13:00	5
09/04/2026	10:30 a 17:30	7
10/04/2026	08:20 a 15:30	7

CESFAM JUAN PABLO II

Padre Hurtado 04-05-2026

11/04/2026	08:30 a 13:00	5
16/04/2026	08:30 a 16:30	8
17/04/2026	08:20 a 15:30	7
18/04/2026	08:30 a 13:00	5
23/04/2026	08:30 a 16:30	8
24/04/2026	08:20 a 16:00	7
25/04/2026	08:30 a 13:00	5
30/04/2026	08:30 a 16:30	8
TOTAL		87

Total horas del mes=87.-