

PAOLA ANDREA ZAVALA FUENTES

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 27

RUT:

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

Fecha: 12 de Junio 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 MAYO 2026 | 437.932 |
| Total Honorarios: \$: | 437.932 |
| 15.25 % Impto. Retenido: | 66.785 |
| Total: | 371.147 |

Fecha / Hora Emisión: 11/06/2026 21:57



142656090002721F31E9

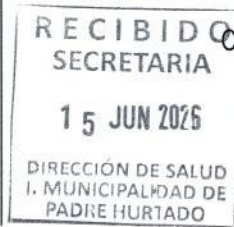
Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

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

11202606112158

Fecha / Hora Impresión: 11/06/2026 21:58



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



ORD : N° 441 / 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, 12 de junio 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 mayo 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.,

RAÚL 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 12/06/2026

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 | MAYO |
| Cantidad de Horas o Prestaciones Realizadas en el mes que certifica | 76 |
| Numero de Boleta | 27 |
| Monto Total Honorario \$ | \$437,932 |
| Fecha Emisión de la Boleta | 12-06-2026 |

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 realiza o cometidos realizados | X | |
| Observaciones | | |



✓
Edit with WPS Office

CESFAM JUAN PABLO II

Padre Hurtado 12/06/2026

1.- Descripción de actividades o labores contratadas

Atención podológica de usuario

Evaluación ficha clínica

2.- Calendario de horas realizas o cometidos realizados

| <u>DIA</u> | <u>HORARIOS</u> | <u>HORAS</u> |
|--------------|-----------------|--------------|
| 07/05/2026 | 08:30 a 16:30 | 8 |
| 08/05/2026 | 08:20 a 15:30 | 7 |
| 09/05/2026 | 08:30 a 13:00 | 6 |
| 14/05/2026 | 08:30 a 16:30 | 8 |
| 15/05/2026 | 08:30 a 15:30 | 7 |
| 16/05/2026 | 08:30 a 13:00 | 6 |
| 22/05/2026 | 08:20 a 15:30 | 7 |
| 23/05/2026 | 08:30 a 13:00 | 6 |
| 28/05/2026 | 08:30 a 16:30 | 8 |
| 29/05/2026 | 08:20 a 15:30 | 7 |
| 30/05/2026 | 08:30 a 13:00 | 6 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL | | 76 |

Total horas del mes = 76.-



Edit with WPS Office