

PAOLA ANDREA ZAVALA FUENTES		BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA	
RUT		N ° 30	
GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P., PODOLOGA CLINICA			
		Fecha: 10 de Agosto 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 JULIO 2026		437.932	
Total Honorarios: \$:		437.932	
15.25 % Impto. Retenido:		66.785	
Total:		371.147	
Fecha / Hora Emisión: 09/08/2026 21:32			
			
142656090003071CF605			
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.			
11202608092133			

Fecha / Hora Impresión: 09/08/2026 21:33



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



ORD : N° 606 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, 10 de agosto 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 julio 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 10 de agosto 2026

INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

Información General

Datos	Antecedentes
Nombre completo	PAOLA ZAVALA FUENTES
Cédula de identidad	
Profesión	TEC, PODOLOGA CLINICA
Mes que certifica prestación de servicios	JULIO
Nº de boleta	Nº30
Monto total honorarios	\$437,932
Fecha emisión boleta	10 AGOSTO 2026

Información Específica

Datos	Antecedentes	
	Si	No
1.- Descripción de actividades o labores contratadas.	x	
2.- Adjunta respaldo, conforme al cometido, según contrato.	x	
Observaciones.	Se adjunta descripción de actividades y boleta de honorarios.	

1.- Descripción de actividades Podologa clínica

- Apoyo en la gestión de listas de espera de usuarios crónico
- Apoyo en la gestión de lista de espera en pacientes ronda rural
- Apoyo en la gestión de Operativos Podológicos juntas de vecinos con usuarios crónicos
- Efectúo la educación y orientación del usuario en relación al cuidado en domicilio de sus pies.
- Planifico y organizo la atención de los usuarios de acuerdo a las horas solicitadas.
- Verifico la cantidad y la calidad de los insumos previa atención del usuario reportando si se cuenta con la cantidad suficiente para dar una buena atención a los usuarios.
- Registro en forma completa, oportuna y fidedigna de las atenciones realizadas en los sistemas de información de ficha clínica RAYEN, resguardando la confidencialidad de los datos.
- Cumpro y promuevo normas de calidad, bioseguridad, seguridad del paciente y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).
- Realizo derivación de casos los cuales no están dentro de mi competencia consultando a mi jefatura directa.
- Realizo proceso de limpieza al final de jornada para derivar el material a unidad de Esterilización.
- Realizo examen visual en relación a extremidad inferior, como por ejemplo color de láminas ungueal, largo de lámina ungueal, si el usuario presenta algún tipo de posible Hidrosis, si el usuario presenta una posible Onicopatología, tambien si el usuario pudiera presentar una posible Dermatomicosis plántar como interdigital, tambien realizo prueba de monofilamento para ver la sencibilidad del pie del usuario cuando lo requiera, todo esto con el objetivo de realizar derivacion pertinente.
- Realizo inspección de material estéril, (que venga con cinta de viraje).
- Realizo observación de Cada usuario para ver el tratamiento a aplicar, como, por ejemplo, Asepsia inicia, Fomentación, Corte de láminas, pulido de láminas, si se observa queratosis, se reseca y se pule piel para luego realizar asepsia final, hidratación, educación al paciente e indicar mes de control.

Los horarios establecidos por contrato son

JUEVES	8:30 A 17:30
VIERNES	8:30 A 16:30
SABADO	8: 30 A 13:30

[illegible]