

Dirección de Administración y Finanzas  
AREA SALUD

La Alcaldía ha decretado con esta fecha lo siguiente.

## Vistos :

- 1.- El Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobados para el presente año.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 3.- Decreto Exento N° 1405 de fecha 17 de Agosto del año 2009, que delega la falcultad de Firmar "Por Orden de la Sra. Alcaldesa" al Sr. Administrador Municipal.

## DECRETO

La Dirección de Administración  
Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

: SANDRA ELIZABETH SAAVEDRA CAVIERES Rut 00-  
: 324,000 TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS  
: CANCELA SERVICIOS PARAMEDICOS PROGRAMA CARDIOVASCULAR,  
OCTUBRE 2009  
: 30/10/2009

Fecha de Pago

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
BOLETA HONORARIOS	8	30/10/2009	360,000

Anótese comuníquese y Archívese.

Contabilícese el presente gasto a las cuentas Presupuestarias que se indican.

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-21-03-001-000-000	Honorarios a Suma Alzada -- Personas Naturales		360,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	360,000	
215-21-03-001-000-000	Honorarios a Suma Alzada -- Personas Naturales	360,000	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		324,000
214-11-01-000-000-000	Retenciones Tributarias 10% a los Honorarios		36,000
Sumas Iguales		720,000	720,000

## REFRENDACION

Cuenta	215-21-03-001-000-000		
Presupuesto Vigente	60.674.007		
Total Comprometido	47.228.787		
Saldo x Comprometer	13.445.220		



SECRETARIA MUNICIPAL



ADMINISTRADOR MUNICIPAL

DIRECTOR DE CONTROL



JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD





**SANDRA ELIZABETH SAAVEDRA CAVIERES**

**BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA**

**N° 8**

**RUT: 00000000-3**

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

**TECNICO PARAMEDICO**

**BDO O'HIGGINS 000, CURARREHUE**

**TELEFONO: 000000000**

**Fecha: 30 de Octubre de 2009**

**Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON**

**Rut: 69191600-6**

**Domicilio: ANSORENA 662, PUCON**

**Por atención profesional:**

<b>SERVICIOS PARAMEDICOS PARA PROGRAMA CARDIOVASCULAR SEGUN CONTRATO MES DE SEPTIEMBRE</b>	<b>360.000</b>
<b>Total Honorarios \$:</b>	<b>360.000</b>
<b>10% Impto. Retenido:</b>	<b>36.000</b>
<b>Total:</b>	<b>324.000</b>

**Fecha / Hora Emisión: 30/10/2009 08:57**

**0605528400008B1EEB21**

**Res. Ex. N°83 de 30/08/2004**

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

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

01200910300850

Emitir nueva boleta	Emitir boleta con prellenado
<p>1. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>2. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>3. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>4. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>5. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>6. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>7. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>8. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>9. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>10. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p>	<p>1. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>2. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>3. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>4. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>5. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>6. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>7. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>8. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>9. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p> <p>10. Seleccionar el tipo de boleta que se desea emitir.</p>

MUNICIPALIDAD D. ...  
 DEPARTAMENTO DE SALUD  
 N° DE REGISTRO 2558  
 FECHA DE ENTRADA 20.10.09  
 FECHA DE SALIDA  
 DEPTO. Salud  
 DIRECTOR  
 DEPTO. SALUD  
 PEDRO J. DAREGO MALIQUEO  
 DIRECTOR  
 DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

Pucón, 26 de Octubre de 2009.-

## CERTIFICADO

Por medio del presente yo Karin Vallette Isla RUT: [REDACTED], encargada del Programa de Salud Cardiovascular, con fecha 26 de Octubre de 2009 certifico la realización de las actividades del mes de Octubre entregadas por la Sra. Sandra Saavedra Cavieres RUT: 0[REDACTED] según detalle adjunto.

**Karin Vallette Isla**  
[REDACTED]  
**ENFERMERA**

KARIN VALLETTE ISLA  
ENFERMERA PROGRAMA CARDIOVASCULAR

CAROLINA	ANDREA	IBARRA	VALDES	38a	PUCON
MARCELA	ANDREA	MENDEZ	VILLAGRAN	25a	PUCON
RENE	OSTERLANDO	CID	QUIRQUITRIPAY	52a	CABURGUA
ALICIA	GRISELDA	CUEVAS	HERNANDEZ	42a	PILLAN
MIRIAM	DEL CARMEN	NAHUELAN	LAVIN	37a	PILLAN
MARIA	VERONICA	MANQUECOY	BASCUÑAN	43a	PUCON
PARTICIA	ALEJANDRA	QUIRQUITRIPAY	ALARCON	34a	PUCON
PRUDENCIO	MANUEL	NAVARRO	SEGURA	61a	PUCON
ERNESTO	SAMUEL	CORNEJO	NAVARRO	41a	QUELHUE
MERCEDES	MIRELLA	ARRIAGADA	PINILLA	42a	SN PEDRO
MIRIAM	ODETTE	MARIANGEL	MUÑOZ	40a	SN PEDRO
MARIA	ELENA	LINCON	CURILEF	30a	SN PEDRO
EVELYN	ALISON	VASQUEZ	RASCHEYA	40a	PUCON
ELIANA	DEL CARMEN	RAMIREZ	IBACACHE	41a	PUCON
LILIAN	VERONICA	LINCON	TURRA	40a	PUCON
ZULEMA	DE LAS NIEVE	ROJAS	ROJAS	44a	PUCON
FRANCISCO	SEGUNDO	HENRIQUEZ	COLIHUEQUE	64a	PAILLACO
ELIANA	PATRICIA	ZUÑIGA	FLORES	44a	PAILLACO
MYRIAM		ALVAREZ	LAGOS	37a	PAILLACO
NATALIA	ESTELA	SAEZ	YEFILAF	21a	PAILLACO
AMANDA	NOEMI	FLORES	ORTEGA	29a	PAILLACO
CAROLINA	SOLEDAD	PAREDES	PAINENAHUEL	30a	PAILLACO
MIRIAM	GRACIELA	ARRIAGADA	POBLETE	28a	PAILLACO
INGRID		ULLOA	GOEPPINGER	41a	PUCON
JESSICA	VIVIANA	FUENTES	GATICA	25a	CABURGUA
CARLOS	MARIO	CASTILLO	ORMEÑO	53a	PUCON
SANDRA	MARITZA	CIFUENTES	VASQUEZ	35a	SN PEDRO
CLAUDINA		SN MARTIN	QUIÑONES	31a	SN PEDRO
JESSICA	DE LAS NIEVE	IBARRA	VALDES	33a	SN PEDRO
FLOR	ELIANA	LAGOS	VENEGAS	39a	SN PEDRO
BARBARA		GUELDELMAN	COLE	34a	SN PEDRO
MARIA	MARCELA	SANTANDER	MORALES	40a	PUCON
PATRICIA	ESTER	ESPARZA	BARRERA	39a	PUCON
ROSE	MARIE	CAMPOS	GAJARDO	27a	PUCON
HECTOR	ARNOLDO	ALVAREZ	ARANEDA	41a	SN PEDRO
HECTOR	ANIBAL	CIFUENTES	HUAIQUIFIL	26a	QUELHUE
ESTEBAN	ISMAEL	VALENZUELA	MUÑOZ	24a	QUELHUE
VICTOR	MANUEL	DELGADO	MENDEZ	36a	CABURGUA
EDGARDO	JAVIER	CATRICURA	ÑANCO	21a	PAILLACO
JOSE	MIGUEL	SAEZ	QUIRILAO	27a	PAILLACO
ADIEL	RENAN	MUÑOZ	ALEGRIA	39a	PAILLACO
SEBASTIAN	ARNOLDO	CASTILLO	MEDINA	20a	CABURGUA
HERNAN	FELIPE	FAUNDEZ	RIFFO	20a	PUCON
CLAUDIO	HERNAN	GONZALEZ	NOVOA	35a	PUCON
JUAN	ARNOLDO	CASTILLO	FIGUEROA	41a	CABURGUA
ANTONIO	ELIAS	GATICA	FUENTES	21a	CABURGUA
FERNANDO	JOSE	MUÑOZ	CARDENAS	32a	CABURGUA
JOSE	ABRAHAM	SALAS	FUENTES	43a	CABURGUA
KURT	JAIME	ESPERGEL	KRAUSE	42a	PAILLACO
JUAN	CARLOS	SUAZO	QUEZADA	44a	PUCON
RADOMIRO	ELIECER	BURGOS	PEREDA	34a	PUCON
CARLOS	JAVIER	SOBARZO	VIDAL	42a	PUCON
ROBERTO	CARLOS	CURILEF	HUILIPAN	32a	SN PEDRO
PABLO	OLIVER	VALENCIA	LAGOS	23a	SN PEDRO
JORGE	ADAN	MONTECINOS	ROA	38a	SN PEDRO
JUAN	GUILLERMO	CARRASCO	PAINENAHUEL	30a	ARRAYANES
RICARDO	BALDOVINO	CUEVAS	MORALES	33a	ARRAYANES
MARCOS	HERALDO	MORA	RIVAS	37a	ARRAYANES
EVAN	LUIS	CRUZ	NAVARRETE	38a	ARRAYANES
MAURICIO	ISAIAS	ALBORNOZ	ESPARZA	32a	ARRAYANES

EUFRASIO	HERNAN	VEGA	ESPARZA	43a		ARRAYANES
JACOB	RENE	PAREDES	TORRES	42a		ARRAYANES
MARIA	EUGENIA	KACHELE	RAMOS	46a		PUCON
FRANCISCA	ISENIA	BASAUL	VINEZ	58a		CABURGUA
CECILIA		BUSTOS	AVILA	52a		CABURGUA
TERESA	ISABEL	MARTINEZ	BLAS	54a		CABURGUA
MARIA	HIDERIA	CERDA	FRANCO	50a		CABURGUA
ELENA	TERSIVA	RIVAS	JIMENEZ	48a		PUCON
ROBERTA		RIFO	ANGUITA	49a		PUCON
LEONOR	DEL CARMEN	ROJAS	JARA	49a		PUCON

24 MAY 2009

PUCON,

Decreto N° 130

**VISTOS:-**

1.- Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N° 1 del año 2006 Interior. Publicada en el diario Oficial de la Republica de Chile con Fecha 26 de Julio de 2006.

2.- El D. S. N° 036 del 26 de Enero de 1987 del Ministerio de Salud que aprueba traspaso de postas de Salud a la Municipalidad de Pucón.

3.- Decreto Exento N° 2463 de fecha 15 de Diciembre de 2008 que aprueba presupuesto de Salud para el año 2009.

4.- El Decreto N° 402 de fecha 24 de marzo de 2009, que aprueba Programa de Cardiovascular del Departamento de Salud.

5.- El Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios suscrito entre la Municipalidad de Pucón y Doña Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres, Auxiliar paramédico, adjunto.

**CONSIDERANDO:**

1.- La necesidad de realizar acciones directa sobre las personas que permita lograr dar cumplimientos a los Índices de actividades y Garantías Explicitas de Salud (GES) para el presenta año.

**DECRETO:-**

1.- **APRUEBESE**, en todas sus partes el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios entre la Municipalidad de Pucon y Doña Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres, RUT [REDACTED] Auxiliar paramédico, adjunto el cual pasa a formar parte integrante del presente Decreto

2.- **IMPÚTESE**, los gastos al Ítem 21.03.001 "Honorarios de Suma Alzada de Personas Naturales", del presupuesto del Área de Salud Municipal.

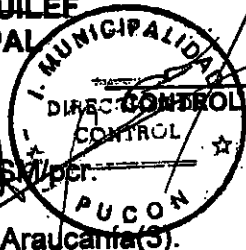
**Anótese, Comuníquese y Regístrese en la Contraloría Regional de la Araucanía.**



GLADYS MATUS PANGUILEF  
SECRETARIA MUNICIPAL



EDITA ESTHER MANSILLA BARRIA  
ALCALDESA



EEMB/GMP/POM/OCU/RASM/per.  
Distribución:  
- Contraloría Regional de la Araucanía(3).  
- Secretaría Municipal.  
- Departamento de Salud.  
- Interesado.



Pedro San Martín López  
Abogado  
Asesor Jurídico Municipalidad

## **CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS**

En Pucón, a 02 de Abril de 2009, entre la Municipalidad de Pucón, RUT N° 69.191.600-6 representada por su Alcaldesa, Sra. Edita Esther Mansilla Barria, RUT N° [REDACTED], ambos con domicilio legal en Avda. Bernardo O'higgins 483, de la comuna de Pucón" y Don Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres, de nacionalidad chilena, mayor de edad, Cédula de Identidad N° 0 [REDACTED], de profesión Auxiliar Paramédico, domiciliada en Avda. Estadio N° [REDACTED], Comuna de Curarrehue, en adelante "La Auxiliar Paramédico", acuerdan el siguiente Convenio a Honorarios.

**Primero** : La Municipalidad de Pucón, como organismo ejecutor y coordinador del "Programa de Salud cardiovascular año 2009", encomienda a "La Auxiliar Paramédico", la función de realizar exámenes preventivos a pacientes del Programa de Salud Cardiovascular año 2009.

**Segundo** : "La Auxiliar Paramédico" se compromete a realizar las siguientes labores :

- Realizar exámenes preventivos en campañas organizadas por la enfermera Encargada del Programa Cardiovascular.
- Coordinarse con los paramédicos o TENS de los sectores rurales para mantener actualizado Tarjetero de E.M.P. (examen de Medicina Preventiva)
- Mantener actualizado el tarjetero de E.M.P. urbano.
- Realizar análisis de cobertura E.M.P por sector.
- Colaborar en las actividades propias del Programa de salud Cardiovascular tanto en urbano como rural según necesidad.
- Entregar informe mensual con detalle de todas las áreas que realizan exámenes de medicina preventiva, entregando datos de la calidad de realización de este.
- Recepcionar todos los E.M.P. realizados por cada integrantes del equipo, ingresar datos a REM por sector todos los correctamente terminados, devolver los que queden pendientes para correcto cierre.
- Consolidar información de todas las áreas que realizan exámenes de medicina preventiva.
- Entregar informe mensual de actividades realizadas a la enfermera encargada del programa S.C.V.
- La meta mensual de E.M.P. que se debe rendir mensualmente es de 25, considerando que estos deben estar correctamente terminados, esto es informe de exámenes, PAP vigente, perfil de presión terminado si corresponde, PTGO si corresponde y derivaciones concretadas en cada caso que corresponda.

**Tercero** : "La Municipalidad", por los servicios antes señalados pagara a "La Auxiliar Paramédico" la suma de \$ 360.000.- (trescientos sesenta mil pesos) por mes con impuestos incluidos, contra presentación de Boleta de Honorarios debidamente refrenda por la sub.-Directora del Departamento de Salud quien velara por el fiel cumplimiento de estas actividades.

Los montos antes señalados se pagaran mensualmente los cinco primeros días hábiles del mes siguiente de la respectiva boleta de Honorarios , debiendo la Municipalidad deducir los impuestos correspondientes.

**Cuarto** : Esta actividad se desarrollara en el horario normal de atención del Departamento de Salud con un tope máximo 44 horas semanales distribuidas de Lunes a Viernes, las que deberán ser marcadas por reloj control con el objeto de facilitar en cálculo de sus honorarios mensuales.

Pedro San Martín López  
Abogado  
Asesor Jurídico Municipalidad Pucón.

**Quinto** : "La Auxiliar Paramédico" se compromete a entregar un informe mensual detallado de los pacientes atendidos, indicando nombre y Rut ,sexo, edad de cada uno de ellos, para que se realice la estadística correspondiente a cada mes.

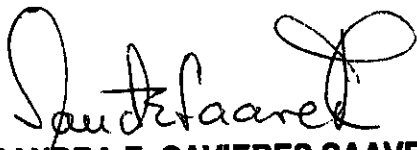
**Sexto** : La Supervisión de este contrato de prestación de servicios estará a cargo de la Profesional Enfermera del Departamento de Salud Sra. Karin Roxana Vallette Islas, encargada del "Programa de Salud Cardiovascular año 2009" Para lo cual emitirá un certificado que acredite el fiel cumplimiento de los servicios contratados.

**Séptimo** : El presente contrato rige a contar del 01 de Abril al 31 de Diciembre del año 2009. Aunque podrá ponerse término anticipado si una de las partes así lo solicitara por escrito y con 30 días de anticipación o por razones de no cumplimiento de una de las cláusulas del presente contrato y sin derecho a indemnización alguna para las partes contratadas.

**Octavo** : Con todo el presente contrato, deberá sancionarse mediante Decreto, sin el cual no tendrá validez su vigencia, y para todos los efectos legales se considerará parte integrante del presente Decreto.

**Noveno** : Las partes fijan su domicilio especial en la comuna de Pucón y se someten a la jurisdicción de sus tribunales

**Décimo** : El presente contrato se firma en total conformidad por las partes en seis ejemplares de igual fecha y tenor, quedando una copia en poder de la persona contratada a honorarios y cinco en poder de la Municipalidad de Pucón.

  
**SANDRA E. CAVIERES SAAVEDRA**  
R.U.T. N° 0



  
**EDITH ESTHER MANSILLA BARRIA**  
ALCALDESA

  
**Pedro San Martín**  
Abogado  
Asesor Jurídico Municipal