



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N° 891
Pucón, 23/12/2009

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 Aprobado por DFL N°1 2006 Interior.
- 3.- Decreto Exento N° 1405 emitido con fecha 17 de Agosto del año 2009, que delega la función de Firma por orden de la Sra. Alcaldesa al Administrador Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

: MARTA ALEJANDRA GUZMAN GONZALEZ Rut 0 [REDACTED]
: 725,400 SETECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS
: CANCELA EXTENSION HORARIA MAYORES DE 20 AÑOS
CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE 2009.-Y 10 ALTAS
ODONTOLOGICAS DEL ROGRAMA DE REFORZAMIENTO ODONTOLOGICO.-
Fecha de Pago : 23/12/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
BOLETA HONORARIOS	72	21/12/2009	66,000
BOLETA HONORARIOS	73	21/12/2009	740,000

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		66,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	66,000	
215-21-03-001-000-000	Honorarios a Suma Alzada – Personas Naturales	66,000	
114-05-18-000-000-000	Programa de Reforzamiento Odontológico	740,000	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		725,400
214-11-01-000-000-000	Retenciones Tributarias 10% a los Honorarios		80,600
Sumas Iguales		872,000	872,000

REFRENDACION

Cuenta	215-21-03-001-000-000	114-05-18-000-000-000
Presupuesto Vigente	60,618,435	6,447,627
Total Comprometido	58,431,788	6,447,627
Saldo x Comprometer	2,186,647	0



Avda. Bernardo O'Higgins 483 Pucón. Fono: (45) 293000 Fax: 293085 Email: pucon@munitel.cl

OB. 3521
845

MARTA ALEJANDRA GUZMAN GONZALEZ		BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA	
RUT: [REDACTED]		N° 72	
GIRO(S): SERVICIOS DE ODONTOLOGOS EN FORMA INDEPENDIENTE, CIRUJANO DENTISTA PUCON OESTE SITIO [REDACTED], PUCON TELEFONO: [REDACTED]			
Fecha: 21 de Diciembre de 2009			
Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON		Rut: 69191600-6	
Domicilio: ANSORENA 662, PUCON			
Por atención profesional:			
EXTENCION HORARIA MAYORES DE 20 ANOS		66.000	
Total Honorarios \$:		66.000	
10% Impto. Retenido:		6.600	
Total:		59.400	
Fecha / Hora Emisión: 21/12/2009 12:21			
			
131168680007209154CF			
Res. Ex. N°83 de 30/08/2004			
Verifique este documento en www.sii.cl			
El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.			
01200912211218			

Emitir nueva boleta

Emitir boleta con prellenado



DOCUMENTO DE REGISTRO	
DE REGISTRO	2968
FECHA DE ENTRADA	21.12.09
FECHA DE SALIDA	[Signature]
DEPTO.	Salud

PUCON, 21 de Diciembre de 2009

DE: CIRUJANO DENTISTA DEPTO. SALUD
Dra. Alejandra Guzmán González

A : SUB DIRECTORA DEPTO. SALUD
Srta.: Odette Castillo Crot

INFORME DE ACTIVIDADES PROGRAMA EXTENSION HORARIA
Mayores de 20 años

Mes: Diciembre 2009

Odontólogo: Dra. Alejandra Guzmán González. : 6 hrs.

Asistente: Mitra Gutiérrez M. : 6 hrs.

Nº de pacientes atendidos: 5

Profilaxis: 2

Destartraje: 2

Obturaciones Definitivas: 5

Exodoncias: 1

Interconsultas: 0

Actividades de Urgencia: 2

***SE ADJUNTA BOLETAS DE HONORARIOS**



Dra. Alejandra Guzmán González.
Cirujano Dentista

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
DE SERVICIOS CONTRATADOS

En Pucón a 21 de Diciembre 2009, Yo, **Odette Castillo Crot**, R.U.T. N° [REDACTED], Subdirectora del Departamento de Salud de la Municipalidad de Pucón, Certifico que la Sra. **Alejandra Guzmán González**, Cirujano Dentista cumplió satisfactoriamente con las actividades establecidas en el Contrato de Prestación de Servicios suscrito entre la Municipalidad y el profesional de fecha 01 de abril de 2009, aprobado por decreto N° 094 de fecha 30 de abril del presente, lo anterior para el pago de los de honorarios que correspondan según contrato.



[Handwritten signature in blue ink]
ODETTE CASTILLO CROT
SUBDIRECTORA DEPTO. SALUD

DECRETO N° 094

PUCÓN,

30 ABR 2009

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.
- 2.- El D.F.L. N° 1 de 1994, del Código del Trabajo y sus posteriores Modificaciones.
- 3.- Decreto Exento N° 2463 de fecha 15 de Diciembre de 2008 que aprueba presupuesto de Salud para el año 2009.
- 4.- Circular N° 32.148 de fecha 02 de octubre de 1997 de Contraloría General de La Republica
- 5.- Programas de Extensión Horaria Dental: Programa Odontológico Población mayores de 20 años. adjunto.
- 6.- Los Contratos de Prestación de Servicios a Honorarios suscritos entre la Municipalidad de Pucón y Doña Marta Alejandra Guzmán González Cirujano Dentista, y doña Macarena Soledad Samur Castillo, Auxiliari TNS, adjuntos.

CONSIDERANDO:

- 1.- La gran demanda por atención odontológica por parte de la comunidad adulta de la comuna de Pucón, que dio pie a la iniciativa de crear una campaña de mejoramiento de la Atención Primaria de la Salud Bucal, impulsada por la Municipalidad de Pucón, que pretende satisfacer esta urgente necesidad.

DECRETO:

- 1.- APRUÉBESE, el "Programa Odontológico de Extensión Horaria Dental de Población mayores de 20 años", en los términos contenidos en documento adjuntos, los cuales pasan a formar parte integrante del presente Decreto.

- 2.- APRUÉBESE, los contratos de Prestación de Servicios a Honorarios de los profesionales que a continuación se indican; en los términos contenidos en los documentos adjuntos, los cuales pasan a formar parte integrante del presente Decreto

- | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------------------|
| ➤ Marta Alejandra Guzmán González. | RUT. N° | [REDACTED] | Cirujano Dentista |
| ➤ Macarena Soledad Samur Castillo | RUT. N° | [REDACTED] | Auxiliar TNS |

- 3.- 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.



Vº Bº CONTROL (S)
27/04/09

EEMB/GMP/MOC/ROM/OCC/RASM/pcr.
Distribución:-Contraloría Regional de la Araucanía(3)
-Secretaria Municipal
-Departamento de Salud
-Interesado.

Vº Bº ADMINISTRACION

Pedro San Martín
Inspector Jurídico Municipalidad

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS

En Pucón, a 01 de abril de 2009, entre la Municipalidad de Pucón RUT N° 69.191.600-6, representada por su Alcaldesa, Sra. **Edita Esther Mansilla Barria**, R.U.T. N° [REDACTED], ambos con domicilio legal en Av. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón, en adelante "La Municipalidad" y Doña **Marta Alejandra Guzmán González**, de nacionalidad chilena, mayor de edad, cédula de identidad N° [REDACTED], de profesión Cirujano Dentista, domiciliado en Pucón oeste, sitio [REDACTED] de la comuna de Pucón, en adelante "La Profesional" han convenido en celebrar el siguiente Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios.

Primero : "La Municipalidad", a través del Departamento de Salud como coordinador y ejecutor de la Campaña de Mejoramiento de la atención primaria de Salud Oral, impulsada por la Municipalidad de Pucón contrata a Doña **Marta Alejandra Guzmán González**, para prestar servicios profesionales en "Extensión Horaria Dental de población Mayores de 20 años".

Segundo : Doña **Marta Alejandra Guzmán González**, se obliga a ejecutar las labores específicas, como a continuación se detalla:

- 1- Prestar una atención de urgencia con la oportuna evaluación de un profesional.
- 2.- Realizar actividades recuperativas (exodoncias, destartrajes, higienizaciones, operatoria de acuerdo a las necesidades de cada paciente)
- 3.- Preparar y derivar a los futuros pacientes de prótesis para dejarlos aptos para el tratamiento rehabilitador de acuerdo a la disponibilidad de recursos del DSM.
- 4.- Derivar oportunamente a los pacientes que presenten patologías de mayor complejidad al centro de referencia correspondiente, generando la Inter consulta indicada.
- 5.- Registrar diariamente las actividades realizadas en un formulario diseñado para tal efecto.

Tercero : "La Profesional", se compromete a realizar estas actividades en un Horario distinto al contratado por el Departamento de Salud Municipal, esto es los días miércoles desde las 17:33 en adelante, con un tope máximo de 9 horas semanales, distribuidas según necesidad debiendo marcar mediante libro de asistencia, para facilitar el cálculo de sus honorarios.

Cuarto : Por los servicios antes señalados la Municipalidad de Pucón, pagará a "La Profesional", la suma de \$11.000 (once mil pesos) impuestos incluidos, por cada hora de atención, previa presentación de la boleta de honorarios respectiva, la que deberá ser visada por la Dirección del Departamento de Salud Municipal.

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.

Quinto : "La profesional" deberá emitir un informe mensual, que contenga el resumen de las atenciones realizadas, el que se adjuntará a la boleta de honorarios. Este informe deberá ser visado por la Sub-Dirección del Departamento de salud, quien velara por el fiel cumplimiento de los servicios contratados.

Sexto : El presente contrato no estará afecto a reajustes, imposiciones y asignaciones familiares, por tratarse de un contrato a honorarios.

Séptimo : 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.


Octavo : El presente contrato rige a contar del 01 de abril hasta al 30 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.

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.


MARTA ALEJANDRA GUZMÁN GONZÁLEZ
RUT N° [REDACTED]


EDITA ESTHER MANSILLA BARRIA
ALCALDESA


Pedro San Martín López
Abogado
Asesor Jurídico Municipalidad Pucón

OB: 3520
ED
D.O. 891
EP 891
T 415

MARTA ALEJANDRA GUZMAN GONZALEZ

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N° 73

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): SERVICIOS DE ODONTOLOGOS EN FORMA
INDEPENDIENTE,

CIRUJANO DENTISTA

PUCON OESTE SITIO [REDACTED], PUCON

TELEFONO: [REDACTED]

Fecha: 21 de Diciembre de 2009

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON

Rut: 69191600-6

Domicilio: ANSORENA 662, PUCON

Por atención profesional:

10 ALTAS ODONTOLOGICAS GESTANTES	740.000
Total Honorarios \$:	740.000
10% Impto. Retenido:	74.000
Total:	666.000

Fecha / Hora Emisión: 21/12/2009 12:23



1311686800073AC7384E

Res. Ex. N°83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

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

01200912211220

Emitir nueva boleta

Emitir boleta con prellenado

I. [REDACTED]
D. [REDACTED]
N° DE [REDACTED] 2967.
FECHA DE [REDACTED] 21.12.09
FECHA DE [REDACTED]
DE [REDACTED]



Enc. Contabilidad
Salud
DIRECTOR
DEPTO. SALUD
PEDRO J. ORREGO MALIQUEO
PIDIRECTOR
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

TRASPASO

Comprobante	415	Fecha	23/12/2009
Rut	0.	Nombre	MARTA ALEJANDRA GUZMAN GONZALEZ
Departamento	PROGRAMA	Centro Costo	
Tipo Doc.	BOLETA HONORARIOS	Numero Doc.	73
Glosa	CANCELA 10 ALTAS ODONTOLOGICAS DEL ROGRAMA DE REFORZAMIENTO ODONTOLOGICO.-		

Banco	BCO. ESTADO SALUD	N° Cheque		Fecha Cheque	/ /
Decreto pago	891	N° Egreso	891		

DETALLE DEL COMPROBANTE			
Código Cuenta	Descripción	Debe	Haber
114-05-18-000-000-000	Programa de Reforzamiento Odontologico		740,000
214-05-18-000-000-000	Programa de Reforzamiento Odontologico	740,000	
Total		740,000	740,000

 PREPARADO POR	 JEFE DE CONTABILIDAD	D.A.F.	CONTROL
--	---	--------	---------

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS CONTRATADOS

En Pucón a 21 de diciembre de 2009, Yo, **Pedro Orrego Maliqueo** RUT N° [REDACTED], Director del Departamento de Salud de la Municipalidad de Pucón, Certifico que Sra. Marta Alejandra Guzmán Gonzáles. Cirujano Dentista, realizó las siguientes altas integrales para dar cumplimiento al programa de reforzamiento odontológico de la embarazada, el cual entrega un monto fijo para cancelar los servicios de un profesional odontólogo para entregar atención odontológica a 10 embarazadas.

- ♦ 10 altas integrales gestantes.

Según consta en informes emitido por el profesional y jefe de la unidad dental.

Lo anterior en atención a los punto número sexto del Contrato de Prestación de Servicios suscrito entre la Municipalidad y el profesional de fecha 01 de diciembre de 2009, aprobado por decreto N° 408 fecha 17 de diciembre del presente, lo anterior para el pago de los de honorarios que correspondan según contrato.



PEDRO ORREGO MALIQUEO
DIRECTOR DEPTO. SALUD

Distribución:
- Finanzas Depto. de Salud

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS CONTRATADOS

En Pucón a 17 de diciembre 2009 Yo, **Armin Troncoso Durán** RUT N° [REDACTED], Jefe de la Unidad dental del Departamento de Salud de la Municipalidad de Pucón, Certifico que Sra. Marta Alejandra Guzmán González Cirujano Dentista, realizó las siguientes altas integrales para dar cumplimiento al programa de reforzamiento odontológico de la embarazada.

- ♦ 10 Altas integrales gestantes.

Según consta en informes emitido por el profesional, y visado por la persona que suscribe.

Lo anterior en atención al punto número Sexto del contrato de Prestación de Servicios suscrito entre la Municipalidad y el profesional de fecha 01 de Diciembre de 2009, del presente, lo anterior para el pago de los de honorarios que correspondan según contrato.


ARMIN TRONCOSO DURAN
JEFE UNIDAD DENTAL.



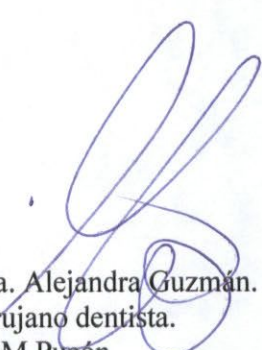
Distribución:
- Finanzas Depto. de Salud

ALTAS EMBARAZADAS CONVENIO REFOZAMIENTO ODONTOLOGICO.
(RES N°524, RESOLUCION EXENTA N°1593 19/06/2009)

Las siguientes pacientes han sido dadas de altas para dar cumplimiento al contrato de prestación de servicios de honorarios de 10 altas integrales de embarazadas, del convenio de reforzamiento odontológico 2009.

Se adjunta informe con resumen de actividades de cada paciente como solicita el contrato en inciso sexto.

NOMBRE	EDAD.	RUT
1. FABIOLA PAREDES ACUÑA	23 (P)	
2. YASNA BAEZA REYES.	36 (G)	
3. MARITZA HENRIQUEZ HENRIQUEZ.	30 (G)	
4. NATALIA ESPINOZA GALVEZ	21 (G)	
5. MIREYA ESTROZ BEROIZA	31 (G)	
6. PAULA EPULEF ESPARZA	19 (G)	
7. INGRID CATRIPAN HERNANDEZ	27 (G)	
8. MARGARITA CASTRO MORALES	36 (G)	
9 JIMENA CONEJEROS MARTINEZ	36 (G)	
10. MARIA CIFUENTES HUAIQUIFIL	30 (G)	


Dra. Alejandra Guzmán.
Cirujano dentista.
DSM Pucón.

NOMBRE	EDAD.	RUT	Resumen tratamiento.
1. FABIOLA PAREDES ACUÑA	23 (P)	1	Examen, destartraje boca completa, pulido restauraciones desbordantes, 2 resinas compuestas, 2 sellantes, entrega de kit de higiene (pasta, cepillo, seda, colutorio)
2. YASNA BAEZA REYES.	36 (G)		Exámen, destartraje boca completa, pulido restauraciones, 1 resina compuesta, 5 sellantes.
3. MARITZA HENRIQUEZ HENRIQUEZ.	30 (G)		Examen, pulido coronario, destartraje boca completa, 2 resinas compuestas.
4. NATALIA ESPINOZA GALVEZ	21 (G)		Examen, pulido coronario, 4 resinas compuestas, 1 exodoncia.
5. MIREYA ESTROZ BEROIZA	31 (G)		Examen, pulido coronario, destartraje boca completa, 2 resinas, 1 exodoncia.
6. PAULA EPULEF ESPARZA	19 (G)		Examen, pulido coronario, 5 resinas compuestas.
7. INGRID CATRIPAN HERNANDEZ	27 (G)		Examen, pulido coronario, destartraje, 2 resinas, fluoración barniz boca completa.
8. MARGARITA CASTRO MORALES	36 (G)		Examen, destartraje boca completa, 9 resinas compuestas.
9 JIMENA CONEJEROS MARTINEZ	36 (G)		Examen, pulido coronario, destartraje boca completa, 2 resinas compuestas.
10. MARIA CIFUENTES HUAIQUIFIL	30 (G)		Examen, destartraje, 1 resina compuesta.

DECRETO N° 408 /

PUCÓN, 10 de mayo de 2009

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.

2.- El D.F.L. N° 1 de 1994, del Código del Trabajo y su posteriores Modificaciones.

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

4.- Circular N° 32.148 de fecha 02 de octubre de 1997 de Contraloría General de La Republica

5.- La resolución exenta N° 1593 de fecha 19 de junio del 2009 que aprueba el convenio Programa de reforzamiento Odontológico 2009, suscrito entre el Servicio de salud Araucanía sur y la Municipalidad de Pucón para la ejecución del Programa de reforzamiento Odontológico.

6.-El Decreto Exento N° 1187 de fecha 10 de julio de 2009 que aprueba convenio de Programa de reforzamiento Odontológico.

7.- El Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios suscritos entre la Municipalidad de Pucón y la profesional Cirujano Dentista, Marta Alejandra Guzmán González, adjunto

DECRETO:

1.- **APRUEBESE**, El Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios suscritos entre la Municipalidad de Pucón y la profesional Cirujano Dentista, Marta Alejandra Guzmán González, adjunto el cual pasa a formar parte integrante del presente Decreto

2.- **IMPÚTESE**, los gastos a la cuenta 114.05.18 Aplicación de Fondos "Programa de reforzamiento Odontológico".

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


GLADIELA MATUS PANGUILEF
SECRETARIA MUNICIPAL




EDITA ESTHER MANSILLA BARRIA
ALCALDESA


CONTROL

EEMBMCV/GMP/WCR/POM/RASM/pcr.

Distribución:

- Contraloría Regional de la Araucanía(3).
- Secretaria Municipal.
- Departamento de Salud.
- Interesado.


Pedro Antonio López
Asesor Jurídico Municipalidad Pucón

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS

En Pucón, a 01 de diciembre de 2009, entre la Municipalidad de Pucón RUT N° 69.191.600-6, representada por su Alcalde (SUB), Don. **Marcelo Concha Villagra**, R.U.T. N° [REDACTED], ambos con domicilio legal en Av. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón, en adelante "La Municipalidad" y Doña **Marta Alejandra Guzmán González**, de nacionalidad chilena, mayor de edad, cédula de identidad N° [REDACTED], de profesión Cirujano Dentista, domiciliado en Pucón oeste, sitio [REDACTED] de la comuna de Pucón, en adelante "El Profesional" han convenido en celebrar el siguiente Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios.

Primero : "La Municipalidad", a través del Departamento de Salud como coordinador y ejecutor Programa Complementario de Reforzamiento Odontológico impulsado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, contrata a "La Profesional", para prestar servicios profesionales y otorgar atención primaria de salud para cumplimiento a las garantías de GES a embarazadas.

Segundo : "La Profesional" se compromete a otorgar atenciones odontológicas integral a mujeres Primigestas y no Primigestas, para recuperar la salud bucal en base a un total de 10 beneficiarias inscritas, según programa.

Tercero : "La Profesional", se compromete a realizar estas actividades en un Horario distinto al contratado por el Departamento de Salud Municipal, esto es de 17:33 en adelante y en los días martes y jueves de cada semana.

Cuarto : La municipalidad a través del Departamento de Salud facilitara las dependencias de la clínica dental Holzapfel e insumos dentales para la realización de esta actividad.

Quinto : Por los servicios antes señalados la Municipalidad de Pucón, pagará al "La Profesional", la suma de \$74.000(setenta y cuatro mil pesos) impuestos incluidos, por cada alta integral realizada, previa presentación de la boleta de honorarios respectiva, la que deberá ser visada por la Dirección del Departamento de Salud Municipal.

De los montos antes señalados la Municipalidad deberá deducir el impuesto correspondiente.

Sexto : "La Profesional", deberá emitir un informe por cada alta integral, que contenga el resumen de las atenciones realizadas e indicando el numero de RUT y nombre completo del paciente, el que se adjuntará a la boleta de honorarios.

Este informe deberá ser visado por el encargado de la Unidad Dental del Departamento de Salud.

Séptimo : El presente contrato no estará afecto a reajustes, imposiciones y asignaciones familiares, por tratarse de un contrato a honorarios.

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

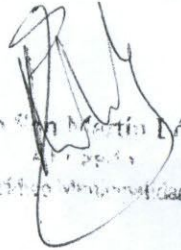
Décimo : Las partes fijan su domicilio especial en la comuna de Pucón y se someten a la jurisdicción de sus tribunales.

Un Décimo : El presente contrato se firma en total conformidad por las partes en cinco 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.


MARTA ALEJANDRA GUZMÁN GONZÁLEZ
RUT N° 



MARCELO CONCHA VILLAGRA
ALCALDE (SUB)


Pedro Juan Martín López
Asesor Jurídico Municipalidad Pucón

Nº Extensión
NOMBRE Alejandra Guzmán
MES Y AÑO Diciembre 2009

4ª Semana	5ª Semana
_____ horas	_____ horas
_____ Firma Empleado	_____ Firma Empleado

	MAÑANA		TARDE		PERMISOS Y SOBRETIEMPO		
	Entrada	Salida	Entrada	Salida	Entrada	Salida	
16					17:00	20:00	3
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Tarjeta* A-2*

Horas Ordinarias

Horas Sobretiempo

Horas Atrasos

NOTAS

Nº Extensión

NOMBRE Alejandra Guzmán

MES Y AÑO Diciembre 2009

1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana
_____ horas	_____ horas	_____ horas
Firma Empleado	Firma Empleado	Firma Empleado

	MAÑANA		TARDE		PERMISOS Y SOBRETIEPO		
	Entrada	Salida	Entrada	Salida	Entrada	Salida	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

8177 8214-3

Tarjeta "A-2"

____ Horas Ordinarias
 ____ Horas Sobretiempo
 ____ Horas Atrasos

NOTAS
6 Horas