



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.

DECRETO

La Dirección de Administración
Y Finanzas, pagara a Don
La cantidad de \$
Por concepto de

: ROSA INES SOTO NAVARRETE Rut 0
: 432,000 CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS
: CANCELA HONORARIOS CORRESPONDIENTES MES MAYO, POR
SERVICIOS A CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO PUCON.
Fecha de Pago : 01/06/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
OLETA HONORARIOS	24	31/05/2010	480,000

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-21-03-001-006-000	Programa Centro de Tratamineto Ambulatorio 'CTA'		480,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	480,000	
215-21-03-001-006-000	Programa Centro de Tratamineto Ambulatorio 'CTA'	480,000	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		432,000
214-11-01-000-000-000	Retenciones Tributarias 10% a los Honorarios		48,000
Sumas Iguales		960,000	960,000

REFRENDACION

Cuenta	215-21-03-001-006-000		
Presupuesto Vigente	31,080,000		
Total Comprometido	12,691,500		
Saldo x comprometer	18,388,500		

SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECTOR DE CONTROL

ALCALDESA (SUB)

FINANZAS
Depto. Salud JEFE SECC. FINANZAS SALUD



OB: 412
ED: 381
DP: 307

ROSA INES SOTO NAVARRETE

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N° 24

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,
CERRO QUELHUE [REDACTED] Villa/Pob. CORDILLERA, PUCON

Fecha: 31 de Mayo de 2010

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON

Rut: 69191600- 6

Domicilio: AV BERNARDO OHIGGINS 483, PUCON, PUCON

Por atención profesional:

HONORARIOS CORRESPONDIENTES MES MAYO POR SERVICIOS A CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO PUCON	480.000
Total Honorarios \$:	480.000
10 % Impto. Retenido:	48.000
Total:	432.000

Fecha / Hora Emisión: 31/05/2010 01:33



1794606500024D9FE58C

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%.

11201005310131



MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

N° DE REGISTRO 1034.

FECHA DE ENTRADA 31.05.10

FECHA DE SALIDA

DEPTO. Salud.

INFORME

ODETTE CASTILLO CROT, Coordinadora del Departamento de Salud, viene en certificar de las gestiones realizadas por doña **Rosa Inés Soto Navarrete**, Psicoeducadora, integrante del Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA Pucón), durante el período comprendido entre el 01 y el 31 de Mayo 2010, las que corresponden a:

- Recepción y acogida de usuarios
- Participación en reuniones clínicas de evaluación de usuarios
- Evaluación familiar de los usuarios que ingresan al centro
- Intervención psicoeducativa familiar en terreno
- Entrega de citación a usuarios
- Realización de contacto telefónico ha usuarios que se encuentran trabajando fuera de la ciudad
- Participación en reunión del equipo con autoridades del equipo CONACE Regional con el objetivo de realización de inducción a nuevas integrantes en el equipo
- Aplicación de Taller Psicoeducativo para usuarios del centro
- Aplicación de Taller con enfoque de género para las usuarias del centro

Lo anterior en concordancia con el Convenio a Honorarios de 44 horas semanales, aprobado en el decreto 033 del 21 de Enero de 2010, suscrito entre doña **Rosa Inés Soto Navarrete** y la Municipalidad de Pucón, para la cancelación de la correspondiente Boleta de Honorarios del mes de Mayo de 2010.

Dado en Pucón a 31 días del mes de Mayo del año dos mil diez.



PABLO ANDRES LILLO RIFFO
Coordinador Técnico
CTA Pucón



ODETTE CASTILLO CROT
Coordinadora Departamento de Salud
Municipalidad de Pucón

PUCON, 21 ENE 2010.

Decreto N° 033 /

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° 2.329 de fecha 31 de Diciembre de 2009 que aprueba presupuesto de Salud para el año 2010.

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

5.- Los Contratos de Prestación de Servicios a Honorarios entre la Municipalidad de Pucón y Doña María Angélica Franco Saavedra , Don Pablo Andrés Lillo Rizzo, Don Pablo Ignacio Flores Barriga, doña Rosa Inés Soto Navarrete, Don Pedro Arnaldo Quevedo Martínez , doña Verónica Marin Padilla , adjuntos.

DECRETO:-

1.- **Apruébese**, en todas sus partes Los Contratos de Prestación de Servicios a Honorarios en los términos contenidos en los documentos adjuntos, los cuales pasan a formar parte integrante del presente Decreto de los profesionales que a continuación se indican:

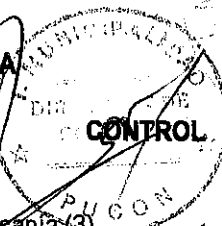
- María Angélica Franco Saavedra	Coordinador.	RUT N°	
- Pablo Andrés Lillo Rizzo	Asistente Social	RUT N°	
- Pablo Ignacio Flores Barriga	Psicólogo	RUT N°	
- Rosa Inés Soto Navarrete	Psico-educadora	RUT N°	
- Pedro Arnaldo Quevedo Martínez	Técnico-terapeuta	RUT N°	
- Veronica Marin Padilla	Medico	RUT N°	

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.



MARIA VICTORIA ROMAN AVACA
SECRETARIA MUNICIPAL (S)



EDITA ESTHER MANSILLA BARRIA
ALCALDESA

EEMB/MVRA/MEM/RASM/PCR

Distribución :-

- Contraloría Regional de la Araucanía (3)
- Oficina de Partes
- Departamento de Salud
- Interesado.

VB DIDECO

VB ADMINISTRACION

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS A HONORARIOS

En Pucón, a 04 de Enero de 2010, entre la Municipalidad de Pucón, RUT N° 69.191.600-6 representada por su Alcalde (SUB), Don. **Marcelo Concha Villagra**, RUT. N° [REDACTED], ambos con domicilio legal en Avda. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón, en adelante "La Municipalidad" y Doña **Rosa Inés Soto Navarrete** Nacionalidad chilena, mayor de edad, cédula de Identidad N° [REDACTED], con domicilio en Edificio Cervantes Depto N° [REDACTED] de la Ciudad de Temuco, en adelante "La Profesional", se ha convenido lo siguiente:

Primero : "La Municipalidad", a través del Departamento de Salud como coordinador y ejecutor del Programa de "Centro de Tratamiento Ambulatorio", Tratamiento a personas con abuso, consumo perjudicial o dependencia a drogas con compromiso biosicosocial moderado en la comuna de Pucón, contrata a "La Profesional" para prestar servicios como Psico-educadora del programa realizando las siguientes Funciones:

- ❖ Ingreso: Conocer al usuario.
 - Recepción de usuarios
 - Recopilar datos del usuario
 - Informar al usuario sobre la modalidad del centro y tratamiento
 - Indagar expectativas y motivos de consulta del usuario
 - Definir perfil del usuario
- ❖ Fase I: Apoyar en la preparación emocional del usuario para que sea capaz de modificar su comportamiento
 - Crear vínculo con el usuario y personas y/o familiares significativos del usuario
 - Indagar factores que inician, estimulan y desencadenan el consumo (terreno)
 - Apoyar en realización de taller motivacional básico e intensivo
 - Realizar taller de sexualidad básico e intensivo
 - Realizar taller Psico-educativo básico e intensivo
 - Trabajo con las familias en terreno (temáticas desde las características de la familia)
- ❖ Fase II: Ayudar al usuario en su puesta en acción y mantención de su comportamiento
 - Realizar taller de sexualidad básico e intensivo (género)
 - Realizar taller Psico-educativo básico e intensivo
 - Trabajo con las familias en terreno (temáticas desde las características de la familia)
- ❖ Fase III: Realizar trabajo con redes
 - Conocer y buscar redes que apoyen el proceso de tratamiento
 - Realizar reuniones familiares en terreno y trabajar temáticas relevantes al proceso.
- ❖ Fase IV: Preparación para el cierre
 - Trabajar con el usuario y las familias el cierre del proceso, desde el vínculo y adherencia con el equipo CTA.
- ❖ Seguimiento: Contacto con el usuario.
 - Contacto en terreno quincenal con el usuario y su familia.

Segundo : "La Profesional", se compromete a realizar un mínimo de 20 prestaciones mensuales a pacientes beneficiarios del programa; debiendo registrar los pacientes atendidos en un Software CONACE – FONASA. Registros que deberán ser enviados a FONASA con copia a la Unidad de Salud Mental del Servicio y al coordinador del programa de salud mental del Departamento de Salud Municipal, vía correo electrónico a más tardar el cuarto día hábil de cada mes, informando además la totalidad de los pacientes atendidos el mes anterior.

Tercero : "La Profesional", desempeñará una jornada de 44 horas cronológicas semanales, distribuidas de lunes a Viernes según Horario del Departamento de Salud obligándose a cumplirlas en su totalidad y las que serán controladas por libro de asistencia.

Cuarto : La Municipalidad se obliga a otorgar a **Rosa Inés Soto Navarrete** los siguientes beneficios:

- A) Tendrá derecho a 6 (seis) días de permiso administrativo con goce de remuneraciones.
- B) Tendrá derecho a 15 (quince) días hábiles de Feriado Legal.
- C) Tendrá derecho a Viáticos y pasajes sólo cuando el Municipio determine que deba cumplir funciones fuera de la comuna, los cuales serán pagados de acuerdo a los siguientes valores:
 - Viático sin pernoctar \$ 7.000 (siete mil pesos).
 - Viático con pernoctar \$12.000 (Doce mil pesos).
- D) Tendrá derecho a aguinaldo de fiestas patrias y navidad equivalente a la suma de \$25.000 por cada uno, de los cuales se deducirá el 10% del impuesto a la renta.

Quinto : Por los servicios antes señalados "La Municipalidad", paga a "La Profesional" la suma de \$ 480.000.- (Cuatrocientos Ochenta mil pesos), como renta bruta por mes impuestos incluidos, contra presentación de boleta de honorarios respectiva, visada por la Dirección del Departamento de Salud. Quien será responsable directo del estricto cumplimiento de los normas establecidas en el presente contrato y el fiel cumplimiento de servicios contratados.

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.

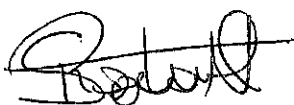
Sexto : El presente contrato rige a contar del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2010 y/o hasta que los servicios fueren necesarios.

Séptimo : Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula precedente, la Municipalidad se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier tiempo, aún sin expresión de causa y lo hará especialmente si "**Rosa Inés Soto Navarrete**" no cumpliera estrictamente con una o más de las obligaciones establecidas en el presente contrato. Para el ejercicio de esta facultad bastará que la Municipalidad envíe carta certificada al domicilio de "**Rosa Inés Soto Navarrete**" consignado en la comparecencia manifestando su voluntad de poner término al contrato. El ejercicio de esta facultad no implica pago de indemnizaciones de ninguna naturaleza.

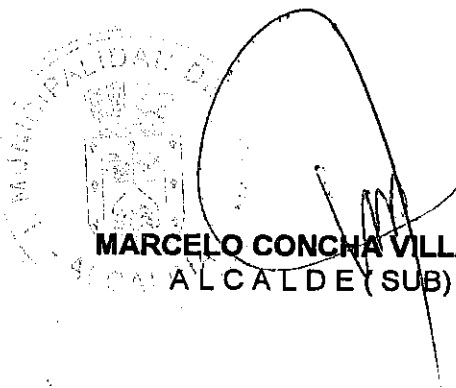
Octavo : Con todo el presente contrato, deberá sancionarse mediante Decreto, sin el cual no tendrá validez su vigencia, y para todos los efectos legales se considerará parte integrante del presente Decreto.

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.



ROSA INES SOTO NAVARRETE
RUT. Nº [REDACTED]



MARCELO CONCHA VILLAGRA
ALCALDE (SUB)



CONTROL DE ASISTENCIA

SR(ta): ROSA SOTO

MES Mayo

2010

DIA	ENTRADA (firma)		SALIDA (firma)		Horas Trabaj.	Horas Ordin.	Horas Extraord.
	hora		hora				
1							
2							
3							
4							
5	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
6	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
7	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
8							
9							
10	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
11	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
12	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
13	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
14	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
15							
16							
17	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
18	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
19	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
20	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
21		<i>Feriado</i>					
22							
23							
24	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
25	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
26	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
27	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
28	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
29							
30							
31	08 ³⁰	<i>[Firma]</i>	14 ³⁰	<i>[Firma]</i>			
NOTA: En la doble jornada ocúpese la carilla izquierda para la mañana y la derecha para la tarde.					TOTAL HORAS		

CONTROL DE ASISTENCIA

76

SR(ta): ROSO SOTO

MES Mayo

2010

DIA	ENTRADA (firma)	SALIDA (firma)	Horas Trabaj.	Horas Ordin.	Horas Extraord.
	hora	hora			
1					
2					
3					
4					
5	14 ⁴⁵	17 ³³			
6	14 ⁴⁵	17 ³³			
7	14 ⁴⁵	17 ³³			
8					
9					
10	14 ⁴⁵	17 ³³			
11	14 ⁴⁵	17 ³³			
12	14 ⁴⁵	17 ³³			
13	14 ⁴⁵	17 ³³			
14	14 ⁴⁵	17 ³³			
15					
16					
17	14 ⁴⁵	17 ³³			
18	14 ⁴⁵	17 ³³			
19	14 ⁴⁵	17 ³³			
20	14 ⁴⁵	17 ³³			
21	Feriado				
22					
23					
24	14 ⁴⁵	17 ³³			
25	14 ⁴⁵	17 ³³			
26	14 ⁴⁵	17 ³³			
27	14 ⁴⁵	17 ³³			
28	14 ⁴⁵	17 ³³			
29					
30					
31	14 ⁴⁵	17 ³³			
NOTA: En la doble jornada ocúpese la carilla izquierda para la mañana y la derecha para la tarde.			TOTAL HORAS		