



**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

Fecha de Pago

: SANDRA ELIZABETH SAAVEDRA CAVIERES Rut 0 [REDACTED]  
 : 342,000 TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS  
 : CANCELAR SERVICIOS PARAMEDICOS PARA PROGRAMA  
 CARDIOVASCULAR, MAYO 2010

: 01/06/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
DOLETA HONORARIOS	18	31/05/2010	380,000

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-21-03-001-004-000	Programa Cardiovascular		380,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	380,000	
215-21-03-001-004-000	Programa Cardiovascular	380,000	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		342,000
214-11-01-000-000-000	Retenciones Tributarias 10% a los Honorarios		38,000
Sumas Iguales		760,000	760,000

## REFRENDACION

Cuenta	215-21-03-001-004-000		
Presupuesto Vigente	7,440,000		
Total Comprobado	3,467,980		
Saldo a Comprometer	3,972,020		

*SECRETARIA MUNICIPAL*

SANDRA ELIZABETH SAAVEDRA CAVIERES

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

N° 18

RUT: 0605528400018

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES

N.C.P.,

TECNICO PARAMEDICO

BDO O'HIGGINS 662, CURARREHUE

TELEFONO: 15555555

Fecha: 31 de Mayo de 2010

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON

Rut: 69191600-6

Domicilio: ANSORENA 662, PUCON

Por atención profesional:

SERVICIOS PARAMEDICOS PARA PROGRAMA CARDIOVASCULAR CORRESPONDIENTE A MAYO 2010	380.000
<b>Total Honorarios \$:</b>	380.000
<b>10% Impto. Retenido:</b>	38.000
<b>Total:</b>	342.000

Fecha / Hora Emisión: 31/05/2010 16:41



0605528400018DEEC85C

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%.

01201005311639

[Emitir nueva boleta](#)[Emitir boleta con prellenado](#)

I. MUNICIPALIDAD DE PUCON DEPARTAMENTO DE SALUD	
Nº DE REGISTRO	1032.....
FECHA DE ENTRADA	31.05.10
FECHA DE SALIDA	
DEPTO.	Saavedra

MUNICIPALIDAD DE PUCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD

## **CERTIFICADO**

MARCELA ESPARZA MUÑOZ, Enfermera del Departamento de Salud Municipal , certifica las actividades de doña Sandra Saavedra C., realizadas durante el mes de mayo 2010, según detalle adjunto.

  
Marcela Esparza Muñoz  
Enfermera  
Departamento de Salud

Pucón, 31 de mayo 2010

## EMPAS MES DE MAYO 2010

ROSS	MARY	GRAMER	RASCHEYA	29a	
ERICA	HAYDEE	SANHUEZA	PEÑA	35a	
JOSE	DE LA CRUZ	PINILLA	ESTUARDO	38a	
ELVIA	VIOLETA	BAZAUL	VERGARA	64a	
CARLOS	ALEXIS	MORALES	BRIONES	30a	
MARIA	MARGARITA	JIMENEZ	ABURTO	40a	
EDITA	PATRICIA	BRITO	RAMIREZ	41a	
KARINA	DE LOURDES	RIVERA	TRAIPIL	35a	
MARINA	DEL C.	HUILIPAN	VIDAL	42a	
EDUARDO	ANSELMO	RASCHEYA	ACEITON	53a	
MARGOT	MARIA	MOLINA	GODOY	41a	
LUIS	GASTON	HERNANDEZ	NAVARRETE	37a	
PAULA	MACARENA	MILLAQUEO	MELIPIL	28a	
MARCELA	OTILIA	LINCO	TURRA	48a	
MERCEDES	MARIBEL	SAAVEDRA	AVILA	35a	
CATHERIN	VALESKA	MONTOYA	ESTRADA	23a	
LETICIA	SOLEDAD	SALAZAR	PINTO	22a	
LILIAN	ROSA	GONZALEZ	SALAZAR	49a	
LUIS	ALBERTO	TROPA	MILLAHUAL	37a	
NORBERTO	TEODORO	BUSTOS	RAMIREZ	52a	
BERTA	MARTA	DURAN	ALVAREZ	45a	
MARIA	TERESA	SILVA	NAVARRETE	34a	
MARGARITA	DEL C.	PAILLALEF	LAVIN	28a	
WALTER	ANDRES	JARA	SALAZAR	25a	
ELYS	MAGALY	MARTINEZ	ÑANCO	34a	
LORETO	MACARENA	NAVARRO	HERNANDEZ	22a	
ERICA	DEL C.	PACHECO	MELLADO	42a	
FELIPE	ANDRES	ALVAREZ	BARRIL	28a	
RAMON	ORLANDO	ARRIAGADA	DURAN	21a	
LORENA	MABEL	CIFUENTES	MONSALVE	36a	
KARINA	DEL C.	ASTROZA	KRAUSE	32a	
ANDREA	DEL C.	LEFIÑANCO	GODOY	32a	
EILLEN	LISET	COLIPE	FLORES	32a	
MARIA	FREDESLINA	ARIAS	HERRERA	57a	
MIRIAN	MARIELA	OYARCE	JORQUERA	51a	
MARIA	ELIANA	FUENTES	FUENTES	40a	
MARIA	SOLEDAD	GATICA	OYARZUN	40a	
MIXY	GLORIA	SOLAR	QUEZADA	28a	
MIREYA	DEL C.	VELASQUEZ	RIQUELME	42a	
JOSE		ARRIAGADA	ARRIAGADA	57a	
JUAN	ELADIO	MATUS	PINO	42a	
DORALISA	GABRIELA	MOLINA	TOLEDO	31a	
FRANCISCO	ANTONIO	ORDOÑEZ	ROJAS	37a	
MARITZA	ANGELICA	NAVARRETE	FIGUEROA	38a	
VICTORIA	ELENA	PICHUN	COLIPE	47a	
MARCELA	DE LA PAZ	DUARTE	MARTINEZ	37a	
CECILIA	PAOLA	VALENZUELA	PEREZ	32a	
MARLEN		ANCAMIL	ÑANCO	25a	

INGRESO PCV

PUCON, 21 ENE 2010.

Decreto N° 022

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.- El Programa de Cardiovascular del Departamento de Salud. Adjunto.

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

6- 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.- APRUÉBESE, en todas sus partes el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios entre la Municipalidad de Pucón 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.

MARIA VICTORIA ROMAN AVACA  
SECRETARIA MUNICIPAL (S)

EEMB/MVRA/EMR/RADM/PCR  
Distribución :-

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

CONTROL

VB/DIDECO

EDITA ESTHER MANSILLA BARRIA  
ALCALDESA

VB ADMINISTRACION

## CONVENIO DE PRESTACIÓN 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 **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres**, de nacionalidad chilena, mayor de edad, Cédula de Identidad N° [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 2010**", encomienda a "**La Auxiliar Paramédico**", la función de realizar exámenes preventivos a pacientes del Programa de Salud Cardiovascular año 2010.

**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** : 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 sábados , las que deberán ser marcadas por reloj control con el objeto de facilitar en cálculo de sus honorarios mensuales.

**Cuarto** : "**La Municipalidad**", por los servicios antes señalados pagara a "**La Auxiliar Paramédico**" la suma de \$ 380.000.- (trescientos ochenta mil pesos) valor mensual 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 pagarán mensualmente los cinco primeros días hábiles del mes siguiente de la respectiva boleta de Honorarios , debiendo la Municipalidad deducir los impuestos correspondientes.

**Quinto** : La Municipalidad se obliga a otorgar a **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres**, 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.

**Sexto** : "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.

**Séptimo** : La Supervisión de este Contrato de Prestación de servicios estará a cargo de la Profesional del Departamento de Salud Sra. Marcela Esparza Muñoz, Encargada de Unidad de Enfermería, para lo cual emitirá un certificado que acredite el fiel cumplimiento de los servicios contratados.

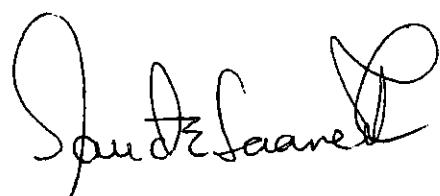
**Octavo** : El presente contrato rige a contar del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2010 y/o hasta que los servicios fueren necesarios.

**Noveno** : 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 **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres** "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 " **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres**" 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.

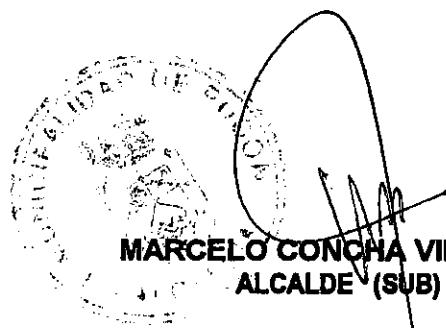
**Décimo** : Con todo el presente contrato, deberá sancionarse mediante Decreto, sin el cual no tendrá validez su vigencia, y para todos los efectos legales se considerará parte integrante del presente Decreto.

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

**Décimo Segundo** : 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° 1



Edro San Martín López  
Comuna de Pucón  
Provincia de Cautín  
Región de la Araucanía

**LIBRO DE ASISTENCIA**  
Correspondiente al Mes de : Mayo Año 2010  
Todos

Código: 101  
Nombre: SAAVEDRA CAVIERES SANDRA ELIZA  
Departamento:  
Dirección: DEPTO SALUD PLAZO FIJO  
Sección:  
\* = Ingreso Manual

Nº Tarjeta: 30101  
R.U.T: [REDACTED]

Día		Entrada	Sal.Col	Ent.Col	Salida	Entrada HExtra	SalidaH Extra	NºDias	Permito	Desde	Hasta	Atrasos	25 %	50 %
01	Sab													
02	Dom													
03	Lun	07:48			17:42							09:41		
04	Mar	08:20			17:55							09:54		
05	Mie	07:45		16:59	17:00							08:59		
06	Jue	07:46												
07	Vie	07:45		16:59	17:00							08:59		
08	Sab													
09	Dom													
10	Lun	07:49			17:54							09:53		
11	Mar	07:38			17:01							09:00		
12	Mie	07:39			17:00							08:59		
13	Jue	07:41			17:30							09:29		
14	Vie	07:41			17:33							09:32		
15	Sab													
16	Dom													
17	Lun	07:45			18:31							10:30		
18	Mar													
19	Mie													
20	Jue													
21	Vie													
22	Sab													
23	Dom													
24	Lun	07:43			17:01							09:00		
25	Mar	07:42			18:57							10:56		
26	Mie	07:42			16:57							08:56		
27	Jue	07:42			17:02							09:01		
28	Vie	07:44												
29	Sab													
30	Dom													
31	Lun	07:46			17:05							09:04		
Días Trabajados:		17										000:20	141:53	0

**TOTALES**

Asistencia	17	Inasistencia	3	Horas Atrasos	000:20	Horas Extras 25%	141:53	Horas Extras 50%	0
------------	----	--------------	---	---------------	--------	------------------	--------	------------------	---



REPUBLICA DE CHILE  
REGION ARAUCANIA  
I. MUNICIPALIDAD DE PUCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL  
CONTABILIDAD Y REMUNERACIONES

Fecha :04/06/2010  
Página nº :1

PERMISOS ADMINISTRATIVOS

Nombre :SAAVEDRA CAVIERES SANDRA ELIZABETH  
Establecimiento :DEPTO SALUD PLAZO FIJO  
0

Código:101  
Código:CON-1

Días Disponibles:1.0  
NO AFECTO

NºDecreto	Fec.Solicit.	Nº Días	Fec.Inicio	Fec.Término	NºOficio	Estado
32	21/01/2010	1	22/01/2010	22/01/2010		VIGENTE
194	05/03/2010	0.5	05/03/2010	05/03/2010		VIGENTE
265	09/04/2010	0.5	09/04/2010	09/04/2010		VIGENTE
0	10/05/2010	3	18/05/2010	20/05/2010		VIGENTE



SOLICITUD DE PERMISO CON O SIN GOCE  
DE REMUNERACION Y FERIADO LEGAL

Ciudad o localidad Pucón Fecha 10/05/10

NOMBRE COMPLETO	<u>Sandra Elizabeth Saavedra Panes</u>		
R.U.T.	<u>_____</u>		
CARGO QUE DESEMPEÑA	<u>Técnico Paramédico</u>		
ESTABLECIMIENTO	<u>D.S.N</u>		
AÑOS DE SERVICIO	<u>FISCALES</u>	<u>MUNICIPALES</u>	<u>PART.</u>

SOLICITA	PERIODO	<u>Administrativo</u>
PERMISO C/GOCE REMUNERACION	DESDE	<u>18/05/2010</u>
PERMISO S/GOCE REMUNERACION	HASTA	<u>20/05/2010</u>
FERIADO LEGAL	DIAS	<u>3 días</u>

MOTIVO:	<u>Trámites personales fuera de la región</u>
---------	---

INFORME JEFE DIRECTO	INTERESADO	<u>Sandra Elizabeth Saavedra</u> FIRMA
<u>llos/paramedico</u>	JEFE DEPTO. SALUD	
FECHA, <u>10/5/2010</u>		

DENEGADO POR:	NINGUN FUNCIONARIO PUEDE ABANDONAR EL SERVICIO SI NO HA SIDO AUTORIZADO FORMALMENTE PARA HACER USO DE PERMISO O FERIADOS, LAS SOLICITUDES DE FERIADO DEBE HACERLAS EL SIGUIENTE PERSONAL: AUXILIARES, ADMINISTRATIVOS Y DIRECTORES. CADA SOLICITUD DEBE SER PRESENTADA CON 24 HORAS DE ANTICIPACION COMO MINIMO.
AUTORIZA Vº Bº	
JEFÉ DE PERSONAL	
PUCON,	