



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°

385

Pucón,

01/07/2010

Dirección de Administración y Finanzas
ÁREA 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

: JAVIERA EUGENIA TRUJILLO SALINAS Rut 01.111.111-1
: 324,000 TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS
: CANCELAR EXTENSION HORARIA SERVICIOS ODONTOLOGICOS PROTESIS
Y ATENCION DENTAL MENORES DE 20 AÑOS, JUNIO 2010.
: 01/07/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
QUOTELETIA HONORARIOS	67	30/06/2010	360,000

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-21-03-001-002-000	Programas de Extensión Horaria Dental		360,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	360,000	
215-21-03-001-002-000	Programas de Extensión Horaria Dental	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	215-21-03-001-002-000	
Presupuesto Vigente	23,952,000	
Total Comprometido	8,362,000	
Saldo x Comprometer	15,590,000	



PUCÓN
CENTRO DEL SUR DE CHILE

CH:6988

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

O.B: 4185
 E.D: 448
 D.P: 385

JAVIERA EUGENIA TRUJILLO SALINAS

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA

Nº 67

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): SERVICIOS DE ODONTOLOGOS EN FORMA
INDEPENDIENTE,
CIRUJANO DENTISTA
LAS HERAS [REDACTED], TEMUCO
TELEFONO: [REDACTED]

Fecha: 30 de Junio de 2010

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON
 Domicilio: ANSORENA 662, PUCON

Rut: 69191600-6

Por atención profesional:

SERVICIOS ODONTOLOGICOS DSM PUCON EXTENSION HORARIA PROTESIS Y MENORES DE 20 ANOS	360.000
Total Honorarios \$:	360.000
10% Impo. Retenido:	36.000
Total:	324.000

Fecha / Hora Emisión: 30/06/2010 11:26



15880550000676260B4F

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%.

01201006301127

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

MUNICIPALIDAD DE PUCON DEPARTAMENTO DE SALUD	
Nº DE REGISTRO	1264
FECHA DE ENTRADA	30.06.10
FECHA DE SALIDA	
DEPTO.	Salud



MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD/

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS CONTRATADOS

En Pucón a 30 de junio de 2010, Yo, Odette Castillo Crot RUT N° 31.000.000-0, Coordinadora del Departamento de Salud de la Municipalidad de Pucón, Certifico que la Sra. Javiera Trujillo Salinas Cirujano Dentista, realizó atenciones dentales en el mes de junio de 2010.

- ❖ Atención de 48 pacientes en extensión de prótesis dentales.
 - ❖ Atención de 11 pacientes en extensión de mayores de 20 años.
- Con un total de 30 horas trabajadas a un valor de \$ 12.000 c/u.

Según consta en informes emitido por el profesional y en el registro de su tarjeta de asistencia.

Lo anterior en atención a los punto número Cuarto del Contrato de Prestación de Servicios suscrito entre la Municipalidad y el profesional de fecha 15 de abril de 2010, aprobado por decreto N° 200 de fecha 11 de mayo del presente, lo anterior para el pago de los de honorarios que correspondan según contrato.



Distribución:
- Finanzas Depto. de Salud

PUCON, 30 de junio 2010

DE: CIRUJANO DENTISTA DEPTO. SALUD
Dra. Javiera Trujillo Salinas
A : SUBDIRECTORA DEPTO. SALUD
Srita. Odette Castillo Crot

INFORME DE ACTIVIDADES PROGRAMA EXTENSION HORARIA
Mayores de 20 años

Mes: Junio 2010

Odontólogo: Dra. Javiera Trujillo Salinas. 10 hrs.

Asistente: Macarena Samur. 12 hrs.

Nº de pacientes atendidos: 11

Profilaxis: 4

Destartraje: 4

Obturaciones Definitivas: 8

Interconsultas: 2

Actividades de Urgencia: 1

***SE ADJUNTA BOLETAS DE HONORARIOS**



**Dra. Javiera Trujillo Salinas.
Cirujano Dentista**

PUCON, junio de 2010

DE: CIRUJANO DENTISTA DEPTO. SALUD
Dra. Javiera Trujillo.

A: COORDINADORA DEPTO. SALUD
Sra. Odette Castillo

**INFORME DE ACTIVIDADES PROGRAMA EXTENSION HORARIA
PRÓTESIS**

Mes de junio de 2010

Odontólogo: Dra. Javiera Trujillo (20 horas)
Asistente: Sra. Fabiola Figueroa (18 Horas)
Sra. Mirta Gutiérrez (6 Horas)

Nº de pacientes atendidos	48
Examen y presupuesto	1
Ingreso a tratamiento de prótesis:	1
Sesión de prótesis:	39
Controles de prótesis:	9
Prótesis insertadas:	17

***SE ADJUNTA BOLETAS DE HONORARIOS**



Dra. Javiera Trujillo
Cirujano Dentista

DECRETO N° 200

PUCON. 11 MAY 2016
VISTOS

1.- Las atribuciones que me confiere la ley Nº 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el DFL. Nº del año 2006. Interior.

2.- Decreto Exento N° 2.329 de fecha 31 de Diciembre de 2009 que aprueba presupuesto de Salud para el año 2010.

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

4.- El "Programa de Programa Odontológico de Extensión Horaria"

5.- El Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios suscritos entre la Municipalidad de Pucón y Las profesionales Cirujano Dentista, Carmen Luisa Martínez Navarro y Javiera Eugenia Trujillo Salinas , adjuntos.

DECRETO:

1.- 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:

➤ Carmen Luisa Martínez Navarro BUT. Nº 100 Cirujano Dentista

➤ Javiera Eugenia Trujillo Salinas RUT. N° 1 Cirujano Dentista

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.**

EEMB/MVRA/OCC/RASM/PCR

Distribución :-

A circular stamp with a double-line border. Inside, the words "MUNICIPALIDAD" are curved along the top and "DIRECCION DE" along the bottom. In the center, the word "CONTROL" is written in large, bold, capital letters, with a horizontal line above and below it. A diagonal line from the top-left to the bottom-right passes through the center of the stamp. The word "PUCÓN" is curved along the bottom edge of the stamp.

VB ADMINISTRATION

A circular stamp with a double-line border. Inside, the word "MUNICIPALIDAD" is written in a large, bold, sans-serif font, with "DE PUCÓN" in a smaller font below it. A horizontal line with a break in the middle separates this from the text below. The words "DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO" are written in a bold, sans-serif font, with "ESTADO" in a smaller font above "DE". There are two small five-pointed stars, one on each side of the bottom line, and the word "PUCÓN" is written in a smaller font at the bottom.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS

En Pucón, a 15 de Abril de 2010 entre la Municipalidad de Pucón, representada por su Alcaldesa, Sra. **Edita Esther Mansilla Barria**, R.U.T. N° [REDACTED] ambos domiciliados en Av. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón, en adelante "La Municipalidad" y Doña **Javiera Eugenia Trujillo Salinas**, de nacionalidad chilena, mayor de edad, cédula de identidad N° [REDACTED], de profesión Cirujano Dentista, domiciliado en Las heras [REDACTED] de la comuna de Temuco, 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 de la Campaña de Mejoramiento de la atención primaria de Salud Oral, impulsada por la Municipalidad de Pucón y el Servicio de Salud Araucanía Sur, contrata a Doña **Javiera Eugenia Trujillo Salinas**, para prestar servicios profesionales en Extensión Odontológica Dental de **Programa de Prótesis Dentales** y **Programa de Mayores de 20 años**

Segundo : Doña **Javiera Eugenia Trujillo Salinas** se obliga a ejecutar las labores específicas, como a continuación se detalla:

- 1.- Cada atención realizada implicará señalar el diagnóstico y tratamiento.
- 2.- Entregar una atención dental basada en actividades preventivas de fomento del auto cuidado.
- 3.- Derivar al programa de endodoncia dentales en caso de que el paciente lo requiera; situación que evaluará el profesional.
- 4.- Participación de las distintas etapas, para la realización de prótesis removibles en los pacientes que lo requieran.
- 5.- Registrar diariamente las actividades realizadas en un formulario diseñado para tal efecto.
- 6.- Mensualmente deberá entregar un informe con las actividades realizadas; así como también el número de altas integrales efectuadas en el mes y el número total de pacientes atendidos.

Tercero : El "Profesional", se compromete a realizar estas actividades en un Horario distinto al contratado por el Departamento de Salud Municipal esto es desde las 17:34 en adelante, como se detalla a continuación:

- los días Martes y Jueves en **Programa de Prótesis Dentales**
- los días Miércoles en **Programa de Mayores de 20 años**.

con un tope máximo 8 horas semanales y tope de 30 horas mensuales, distribuidas según necesidad debiendo marcar mediante reloj control, para facilitar el cálculo de sus honorarios.

Se deja expresa constancia que cabe la posibilidad de hacer reemplazos en caso de ausencias de otro cirujano dentista de la extensión horaria dental impartida por este departamento, ya sea por licencias médicas u otras causas de fuerza mayor que impidan el normal desarrollo de esta actividad, no pudiendo exceder de 40 horas mensuales. Esta situación será determinada la Dirección del Departamento de Salud

Cuarto : Por los servicios antes señalados la Municipalidad de Pucón, pagará al "Profesional", la suma de \$12.000 (doce 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.

Del valor antes señalado "La Municipalidad" deberá deducir los impuestos correspondientes.

Quinto : El profesional deberá emitir un informe mensual, que contenga el resumen de las atenciones realizadas, el que se adjuntará a la boleta de honorarios, para el correspondiente pago, el cual será cancelado durante los primeros quince días del mes siguiente. Este informe deberá ser visado por el jefe(a) de la Unidad Dental.

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

Séptimo : El presente contrato rige a contar del 15 de Abril al 31 de Diciembre del año 2010 y/o hasta que los servicios fueren necesarios.

Octavo : 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 "Doña Javiera Eugenia Trujillo Salinas" 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 "Doña Javiera Eugenia Trujillo Salinas" 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.

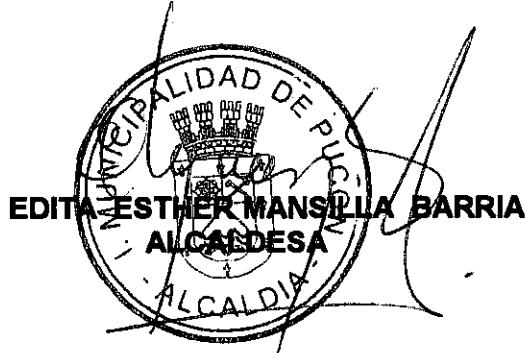
Noveno : Con todo el presente contrato, deberá sancionarse mediante Decreto, sin el cual no tendrá validez su vigencia, y para todos los efectos legales se considerará parte integrante del presente Contrato.

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

Décimo Primero : 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.



JAVIERA EUGENIA TRUJILLO SALINAS
CIRUJANO DENTISTA



ESTHER MANSILLA BARRIA
ALCALDESA

LIBRO DE ASISTENCIA
Correspondiente al Mes de : Junio Año 2010

Código: 119
Nombre: JAVIERA EUGENIA TRUJILLO SALIN
Departamento: CATEGORIA A CONTRATA
Dirección:
Sección:
* = Ingreso Manual

Nº Tarjeta: 30119
R.U.T:

Día		Entrada	Sal.Col	Ent.Col	Salida	Entrada HExtra	SalidaH Extra	NºDías	Permiso	Desde	Hasta	Atrasos	25 %	50 %
01	Mar	14:20	14:20	17:34	17:33			20:09	→ 2'30"			05:50		
02	Mie	08:21	14:01	14:40	17:34			20:06	→ 2'30"			00:24	02:31	
03	Jue	08:54	14:23	14:23	17:34	17:35		20:06	→ 2'30"				00:05	
04	Vie	08:24			17:39									
05	Sab													
06	Dom													
07	Lun	08:24			17:38								00:04	
08	Mar	17:47		20:25					→ 2'30"			04:32	02:51	
09	Mie	08:19	14:32	14:33	17:38			20:17	→ 2'30"				00:04	
10	Jue	08:25	14:32	14:32	17:33	17:34		20:17	→ 2'30"				02:43	
11	Vie	08:30			17:36								00:02	
12	Sab													
13	Dom													
14	Lun	08:26			17:36								00:02	
15	Mar	08:30	14:20	14:36	17:42	17:42		20:12	→ 2'30"				02:38	
16	Mie	08:19	14:27		17:37								00:03	
17	Jue	08:24	17:33	17:34	20:11				→ 2'30"				02:37	
18	Vie	08:33			17:58							00:03	00:24	
19	Sab													
20	Dom													
21	Lun	08:25	14:27		17:41								00:07	
22	Mar	08:30	14:33	14:33	17:36	17:37	17:37	20:08	→ 2'30"				02:33	
23	Mie	08:30	13:47	14:16	17:37								00:03	
24	Jue	08:29	14:28	17:38	17:35			20:12	→ 2'30"				00:01	
25	Vie	08:26			17:16							00:17		
26	Sab													
27	Dom													
28	Lun													
29	Mar													
30	Mie	08:20	14:28	14:43	17:35								00:01	
Días Trabajados:		20	20 Horas									011:06	016:49	0

TOTALES

Asistencia	20	Inasistencia	1	Horas Atrasos	011:06	Horas Extras 25%	016:49	Horas Extras 50%	0
------------	----	--------------	---	---------------	--------	------------------	--------	------------------	---

Total 20 Horas



[Handwritten signature over the stamp]