



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

: GABRIELA CAROLINA ORTEGA RODRIGUEZ Rut 0  
: 301,500 TRESCIENTOS UN MIL QUINIENTOS PESOS  
: CANCELA SERVICIOS PRESTADOS EN EL CENTRO DE TRATAMIENTO  
AMBULATORIO CTA PUCON, SEPTIEMBRE 2010.  
: 04/10/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
DELETA HONORARIOS	6	30/09/2010	335,000

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'		335,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	335,000	
215-21-03-001-006-000	Programa Centro de Tratamineto Ambulatorio 'CTA'	335,000	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		301,500
214-11-01-000-000-000	Retenciones Tributarias 10% a los Honorarios		33,500
Sumas Iguales		670,000	670,000

## REFRENDACION

Cuenta	215-21-03-001-006-000		
Presupuesto Vigente	31,080,000		
Total Comprometido	20,898,145		
Saldo x Comprometer	10,181,855		



SECRETARIA MUNICIPAL

06.10.2010

DIRECTOR DE CONTROL



ALCALDE (SUB)

JEFE SECC. FINANZAS SALUD



Ch: 2553

OB: 753  
E.D: 715  
D.P: 598

**GABRIELA CAROLINA ORTEGA RODRIGUEZ**

**BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA**

**N° 6**

**RUT:** [REDACTED]

**GIRO(S): OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD,**

**PSICOLOGA**

**COLHUE [REDACTED], ANGOL**

**TELEFONO:** [REDACTED]

**Fecha:** 30 de Septiembre de 2010

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

**Rut:** 69191600- 6

**Domicilio:** AVENIDA BERNARDO O HIGGINS #483 PUCON, PUCON

**Por atención profesional:**

SERVICIOS PROFESIONALES CTA PUCON, SEPTIEMBRE 2010	335.000
<b>Total Honorarios \$:</b>	335.000
<b>10 % Impto. Retenido:</b>	33.500
<b>Total:</b>	301.500

**Fecha / Hora Emisión:** 29/09/2010 16:28



15868775000062BB4AB1

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%.

11201009291625



**MUNICIPALIDAD DE PUCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

N° DE REGISTRO ..... 1980 .....  
FECHA DE ENTRADA ..... 30.09.10 .....  
FECHA DE SALIDA ..... [Signature] .....  
DEPTO. ....





Municipalidad de Pucón



Departamento de Salud

INFORME

**Jorge Ríos Mardones**, Coordinador del Departamento de Salud, certifica las gestiones realizadas por Don **Gabriela Carolina Ortega Rodríguez**, Psicóloga, integrante del equipo del Centro de Tratamiento Ambulatorio de Pucón (CTA), durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de Septiembre del año 2010, las que corresponden a:

- Evaluación Psicológica a Usuarios Nuevos del Centro.
- Supervisión de Casos.
- Psicoterapia Individual.
- Ejecución de taller de Autocuidado en dupla con la Psicoeducadora.
- Participación en Reuniones Técnicas de Evaluación de Usuarios.
- Participación en Asamblea de Traspaso de Fase de los Usuarios.

Lo anterior en concordancia con el convenio a Honorarios de 22 horas semanales, suscrito entre Doña Gabriela Carolina Ortega Rodríguez y la Municipalidad de Pucón, aprobado por Decreto Alcaldicio N° 271 del 16 de SEPTIEMBRE del 2010, para la cancelación de la correspondiente Boleta Honorario del Mes de Septiembre del 2010.

Dado en Pucón a 30 del Mes de Septiembre del Año Dos Mil Diez.



**PABLO LILLO RIFFO**

Coordinador Administrativo

Centro Tratamiento Ambulatorio



**Jorge Ríos Mardones**

Coordinadora Departamento de Salud

Municipalidad de Pucón

# CONTROL DE ASISTENCIA

SR(ta): Gabriel Ortega R.

MES Septiembre

AÑO 2010

DIA	ENTRADA		SALIDA		HORAS TRABAJ.	HORAS ORDIN.	HORAS EXTRAOR.
	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA			
1	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
2	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
3							
4	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
5							
6							
7							
8	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
9	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
10							
11	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
12							
13							
14							
15	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
16	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
17							
18							
19							
20							
21							
22	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
23	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
24							
25	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
26							
27							
28							
29	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
30	08:30	<i>[Signature]</i>	14:00	<i>[Signature]</i>			
31							

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

TOTAL HORAS



NOTA: EN DOBLE JORNADA, OCUPESE LA CARILLA IZQUIERDA PARA LA MAÑANA Y LA DERECHA PARA LA TARDE.

# CONTROL DE ASISTENCIA

18

SR(ta): Gabriele Ortega R

MES Septiembre

AÑO 2010

DIA	ENTRADA		SALIDA		HORAS TRABAJ.	HORAS ORDIN.	HORAS EXTRAOR.
	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA			
1	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
2	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
3							
4							
5							
6							
7							
8	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
9	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
10							
11							
12							
13							
14							
15	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
16	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
17							
18							
19							
20							
21							
22	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
23	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
24							
25							
26							
27							
28							
29	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
30	14:45	<i>Gabriele Ortega R</i>	17:33	<i>Gabriele Ortega R</i>			
31							

OBSERVACIONES

TOTAL HORAS



NOTA: EN DOBLE JORNADA, OCUPASE LA CARILLA IZQUIERDA PARA LA MAÑANA Y LA DERECHA PARA LA TARDE.

PUCON, 16 AGO 2010

Decreto N° 271 /

**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.- El Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios suscrito entre la Municipalidad de Pucón y Doña **Gabriela Carolina Ortega Rodríguez**, adjunto.

**DECRETO:-**

1.- **Apruébese**, en todas sus partes el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios entre la Municipalidad de Pucón y Doña **Gabriela Carolina Ortega Rodríguez** RUT N° [REDACTED], de profesión Psicóloga, en los términos contenidos en documento adjunto, los cuales pasan a formar parte integrante del presente Decreto.

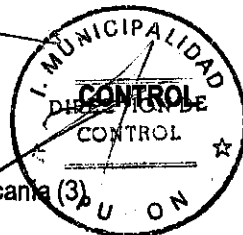
2.- **Impútese**, los gastos al ítem 21.03.001 "Honorarios de Suma Alzada de Personas Naturales", del presupuesto del Área de Salud Municipal.

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

**GLADIELA MATUS PANGUILEF**  
SECRETARÍA MUNICIPAL

EEMB/ONE/ONE/CRAS/PCR  
Distribución :-

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



**EDITH ESTHER MANSILLA BARRIA**  
ALCALDESA



VB DIDECO

### **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS A HONORARIOS**

En Pucón, a 02 de Agosto de 2010, entre la Municipalidad de Pucón, RUT N° 69.191.600-6 representada por su Alcaldesa, Sra. **Edita Esther Mansilla Barría**, R.U.T. N° [REDACTED], ambos domiciliados en Av. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón, en adelante "La Municipalidad" y Doña **Gabriela Carolina Ortega Rodríguez**, nacionalidad chilena, mayor de edad, cédula de identidad N° [REDACTED], de profesión Psicólogo con domicilio en España N° 428 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 Psicóloga realizando las siguientes funciones:

- Evaluación psicológica a usuarios que ingresan a tratamiento.
- Psicoterapia individual a usuarios activos del programa.
- Psicoterapia grupal a usuarios del programa.
- Consulta psicológica de pareja.
- Realización de talleres destinados a los usuarios y/o familiares.
- Consejería e intervención familiar.
- Consulta psicológica.
- Entrevista de acogida.
- Realización de encuadre.
- Entrevista motivacional.
- Aplicación test Urica y Audit.
- Contacto telefónico con redes (sobre casos clínicos).
- Toma de screening a los usuarios.
- Difusión o consulta de salud mental.
- Participación en Reuniones clínicas.
- Participación en asambleas o actividades generales del centro.

**Segundo** : "La Profesional" se compromete a realizar 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 22 horas cronológicas semanales, con Jornada de mañana miércoles y jueves desde de 8:30 a 14:00 y jornada de tarde desde 14:45 a 17:33 y el día sábado en la mañana desde 08:30 a 14:00 obligándose a cumplirlas en su totalidad y las que serán controladas por libro de asistencia para el mejor calculo de sus honorarios

**Cuarto:** La Municipalidad se obliga a otorgar a **Gabriela Carolina Ortega Rodríguez** los siguientes beneficios:

- A) Tendrá derecho a 2.5 (dos días y medio) días de permiso administrativo con goce de remuneraciones.
- B) 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).

C) 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 \$ **335.000.-** (Trescientos treinta y cinco 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

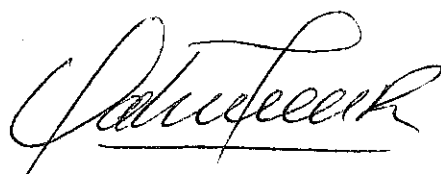
**Sexto :** El presente contrato rige a contar del 01 de Agosto al 31 de Diciembre del año 2010 y/o hasta que los servicios fueren necesarios.

**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 "**Gabriela Carolina Ortega Rodríguez**" 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 "**Gabriela Carolina Ortega Rodríguez**" 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.

  
**GABRIELA CAROLINA ORTEGA RODRÍGUEZ**  
RUT. N° XXXXXXXXXX

  
**EDITA ESTHER MANSILLA BARRÍA**