

**YESSENIA VICTORIA SILVA SILVA**

**BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA**

N° 32

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR OTROS PROFESIONALES DE, OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,

**INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL**

[REDACTED]

Fecha: 01 de Noviembre de 2024

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE CONCON  
Domicilio: SANTA LAURA 568, CON CON

Rut: 73.568.600- 3

Por atención profesional:

TERAPEUTA OCUPACIONAL CENTRO COMUNAL AUTISMO CONCON 44 HORAS SEMANALES MES OCTUBRE	1.230.000
--	-----------

<b>Total Honorarios \$:</b>	1.230.000
<b>13.75 % Impto. Retenido:</b>	169.125
<b>Total:</b>	1.060.875

Fecha / Hora Emisión: 04/11/2024 18:39



17726033000325AE4A29

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202411041839

Fecha / Hora Impresión: 04/11/2024 18:39



NOMBRE:

R.U.T.:

HONORARIO PRESUPUESTO   
CONVENIO

PROGRAMA

FUNCIONES

CONTRATO

D.A.   
INICIO   
TERMINO   
HORAS  SEMANAL

REALIZÓ MÍNIMO DE HORAS

OBSERVACIONES

VALOR MENSUAL (según contrato)

MES

DIAS TRAB

HORAS TOTALES

VALOR BOLETA

NÚMERO BOLETA

DIA	INGRESO	SALIDA	HORAS

SE ADJUNTA PLANILLA DE RELOJ CONTROL

OBSERVACIONES

  
  
  
DIRECTOR DESAM

# Registro de Asistencia (4 Columns)

---

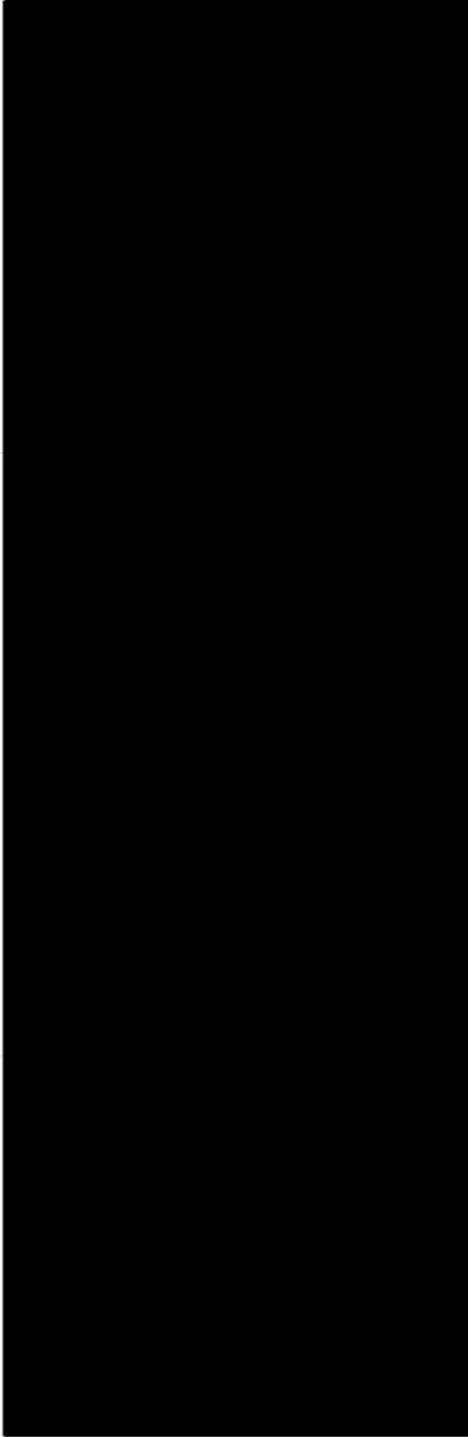
(Yessenia Silva silva)

040  
2024-10-01 - 2024-10-31

Dpto.:OUR COMPANY

---

Yessenia Silva silva(3360)





I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN  
CESFAM CONCON

### **CERTIFICADO N° 813**

La jefatura y/o encargado(a), certifica, que la profesional **Yessenia Victoria Silva Silva**, identificada con el RUT [REDACTED] presenta sus atenciones clínicas debidamente registradas en el sistema de registro clínico AVIS durante el mes de **OCTUBRE** del presente año, cuyas atenciones están destinadas como Terapeuta Ocupacional del Centro Comunal de Autismo Concón.

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante control interno.

\_\_\_\_\_

FIRMA DE LA JEFATURA Y/O ENCARGADO

Concón, 1 de Noviembre de 2024

VISTOS:

1. La Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
2. La Ley N° 18.883 Estatuto Administrativo de los funcionarios municipales cuya aplicación es de carácter supletoria a la Ley N° 19.378, según lo dispuesto en el artículo 4 de este último cuerpo estatutario.
3. Decreto Supremo N° 1.889/95, que reglamenta la carrera funcionaria de la Ley 19.378.
4. Decreto Supremo N°19.543 del 24 de diciembre de 1997, que traspasa la administración de los servicios de salud y educación desde la Corporación Municipal de Viña del Mar a la Municipalidad de Concón.
5. El Art 52 de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
6. Resolución N°18 del año 2017, Contraloría General de la Republica.
7. Resolución N°06 del año 2019, Contraloría General de la Republica
8. Decreto Presupuestario N°65 de fecha de 26 diciembre del año 2023, que aprueba presupuesto de salud año 2024.
9. Sentencia Proclamación Electoral Elecciones de Alcalde 2021 Causa Rol N° 303-2021.
10. Decreto Alcaldicio N°3.303 de fecha 25 de octubre del año 2023, delega firma del administrador municipal.
11. Decreto Registrado N°3210 de fecha 25 de octubre del año 2023, nombramiento administrador municipal.
12. Decreto Alcaldicio N°3.654 de fecha 16 de noviembre del año 2023, subrogancia del sr. Alcalde.
13. Ord. N°217/2024 de fecha 23 de abril del año 2024, con autorización alcaldía.
14. Certificado de documentación de fecha 29 de abril de 2024.
15. Certificado disponibilidad presupuestaria N°592 de fecha 26 de abril del año 2024.
16. Las facultades que me confiere la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO

1. RATIFIQUESE el Nombramiento en calidad de honorarios de presupuesto cumpliendo la labor que se detalla a continuación y en el periodo señalado, cumpliendo sus servicios en el Cesfam y Sar de Concón, a las siguientes servidoras:

NOMBRE	FUNCIÓN	HONORARIOS	INICIO	FIN
CONSTANZA VIÑALES LEIVA	NUTRICIONISTA	22	01.05.2024	31.07.2024
MARA MUÑOZ MONTOYA	PROFESIONALES SALA CEA	44	01.05.2024	31.12.2024
JESSENIA SILVA SILVA	PROFESIONALES SALA CEA	44	01.05.2024	31.12.2024
RODOLFO PEREZ BRANTES	PROFESIONALES SALA CEA	44	01.05.2024	31.12.2024

2. Los Honorarios se cancelarán de acuerdo al Contrato adjunto y que pasarán a formar parte integrante de este Decreto.
3. IMPÚTESE, el costo que irroga este decreto al presupuesto vigente, Subtítulo 21.03.001.001, Honorarios sumaalzada adscrito al establecimiento
- 4.- NOTIFIQUESE, por Secretaria Municipal.

REGISTRESE, ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

  
 MARIA LILIANA ESPINOZA GODOY  
 SECRETARIO MUNICIPAL

  
 FREDDY RAMIREZ VILLALOCOS  
 ALCALDE

DISTRIBUCION:

REGISTRO SIAPER

MUNICIPALIDAD DE CONCON

**CONTRATO DE HONORARIOS**

En Concón, a 29 de abril del año 2024, comparece por una parte **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS** [REDACTED] Cédula de Identidad N° [REDACTED] domiciliado en Calle Santa Laura N° 567, Alcalde de la Ilustre Municipalidad De Concón, en adelante **MANDANTE** y **D. YESSENIA VICTORIA SILVA SILVA**, de Nacionalidad [REDACTED] Estado Civil [REDACTED] de profesión **Terapeuta Ocupacional**, Cédula de Identidad N° [REDACTED] con domicilio en [REDACTED] en adelante el **MANDATARIO** los cuales vienen a convenir el siguiente contrato:

**PRIMERO:** Por el presente instrumento, el Mandante **D. FREDDY ANTONIO RAMIREZ VILLALOBOS**, en consideración a la representación que enviste, encarga al Mandatario antes individualizado, para efectuar la labor de **Profesional, unidad de la atención Neurodivergente** y otras funciones específicas que le fueren encargadas por la Dirección del CESFAM-SAR de Concón, obligándose a:

- ❖ Ejecutar personalmente las servicios específicas en forma regular y continua por las cuales fue contratado, en el plazo y los términos establecidos
- ❖ Realizar las labores personalmente con esmero, cortesía, dedicación y eficiencia contribuyendo a materializar los objetivos del CESFAM.

**SEGUNDO:** El profesional deberá guardar reserva de los datos, información y antecedentes que recopile en el desempeño del servicio prestado, no debiendo divulgar a terceros el contenido de los informes, o instrumentos emanados del departamento, conforme a la prestación efectuada, constituyéndose una condición esencial del presente contrato, cuyo incumplimiento dará derecho al mandante a poner término en forma inmediata.

**TERCERO:** Asimismo y resguardando la rectitud a que está sujeta la función a desempeña, el profesional tendrá prohibición de:

- ❖ Usar en beneficio propio o de terceros la información a que se tuviese acceso en la razón a la función que desempeña.
- ❖ Expresarse de manera impropia e irrespetuosa con la unidad técnica y demás personas que desempeñen funciones en el CESFAM-SAR de Concón.

**CUARTO: PRECIO Y FORMA DE PAGO.** El valor que la I. Municipalidad de Concón pagará por los servicios prestados por parte del profesional será el valor por hora efectiva trabajada de \$8.200 pesos (Ocho mil doscientos pesos), impuestos incluido, por una jornada como tope de **44 horas semanales** efectivas trabajadas, distribuidas de lunes a viernes entre las 08:00 horas y las 20:00 horas y los días sábado entre las 9:00 horas y las 13:00 horas, cuyo horario estará establecido previamente por Dirección CESFAM y cualquier modificación deberá ser informada anticipadamente a la unidad DESAM correspondiente. El Mandatario deberá presentar una boleta de prestación de servicios donde detallará su función, número de horas, mes de cobro y firmada, junto a un certificado que acredite el trabajo realizado, deberá adjuntar el reloj control y/o nómina de pacientes atendidos y copia del contrato de honorarios, se deberá entregar en secretaria del CESFAM, a más tardar el segundo día hábil del mes siguiente al trabajado, hasta las 14 horas, para proceder a revisión y posteriormente al pago, el cual se realizará entre el séptimo y décimo día hábil del mes en curso, siendo obligación del Departamento de Administración y Finanzas realizar la retención de impuestos de acuerdo a las disposiciones legales vigentes e ingresarlos a las arcas fiscales dentro de los plazos correspondientes. En caso de devolución de boleta de servicio, será considerada una nueva fecha, según situación en particular. Sin perjuicio, que por fuerza mayor acreditada y en conocimiento de las partes, no sea posible cumplir en las fechas estipuladas.

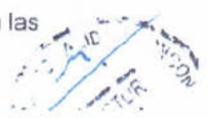
**FUNCION Y OBJETIVO:**

Objetivo:

Realizar acciones por parte de profesionales de acuerdo a las normativas vigentes y apoyar según sus competencias al departamento de salud

Función:

Realizar acciones derivadas y encomendadas por el departamento de salud y que de acuerdo a las eventualidades se requiere apoyar.



## Informe de actividades Honorarios

<b>NOMBRE</b>	Yessenia Victoria Silva Silva
<b>RUT</b>	██████████
<b>MES</b>	OCTUBRE
<b>CONVENIO/PRESUPUESTO</b>	Presupuesto
<b>HORAS SEMANALES</b>	44 horas
<b>HORARIO</b>	Lunes a jueves 08:00 a 17:00 hrs. Viernes 08:00 a 16:00 hrs.

Día o Semana	Actividades
Semana 1 (1 - 4 de octubre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista de Ingreso 7 usuarios (LG; RN; SG; FM; SG; SV; MC;</li> <li>- Intervención a usuarios y entrega de terapia acompañamiento a 17 usuarios (AS; GM; JC; EC; FA; GS; DD; ES; CV; MR; AB; LG; JP; JM; ME; LS; EC.)</li> <li>- Elaboración de material de terapia de acompañamiento.</li> <li>- Preparación de material TO de las intervenciones.</li> <li>- Aviso de inasistencias injustificadas.</li> <li>- Agendar horas Equipo CCA.</li> <li>- Envío de Recordatorios atención TO.</li> <li>- Asesorías espontáneas a familias con integrante dx TEA</li> <li>- Retroalimentación terapia de acompañamiento.</li> </ul>
Semana 2 (7 al 11 octubre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencia médica.</li> </ul>
Semana 3 (14 - 18 de octubre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista de ingreso 8 usuarios (DP; MG; AG; AD; MB; AC; BV; CD)</li> <li>- Contacto telefónico 6 usuarios (BV; MB; CD; DP; MG; IA)</li> <li>- Intervención 3 usuarios (GM; GS; LG).</li> <li>- Elaboración de material de terapia de acompañamiento.</li> <li>- Preparación de material TO de las intervenciones.</li> <li>- Aviso de inasistencias injustificadas.</li> <li>- Agendar horas Equipo CCA.</li> <li>- Envío de Recordatorios atención TO.</li> <li>- Reunión con Coordinadora PIE Esc. Puente Colmo.</li> <li>- Actualización Base de datos de controles y vacunas al día.</li> <li>- Actualización domicilios usuarios de ingreso.</li> <li>- Decoración Halloween.</li> <li>- Elaboración certificados de atención CCA (neurólogo).</li> <li>- Asesorías espontáneas a familias con integrante dx TEA.</li> <li>- Retroalimentación terapia de acompañamiento.</li> </ul>
Semana 4 (21 - 25 de octubre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención y entrega terapia de acompañamiento 15 usuarios (JY; GV; MM; AB; AF; AB; DP; CR; JC; GS; JM; EC; MR; ES; JP).</li> <li>- Entrevista de ingreso 3 usuarios (IH; MC; EV)</li> <li>- Contacto telefónico 7 usuarios (IC; BM; ER; JE; EE; KS; MC)</li> <li>- Elaboración de material de terapia de acompañamiento.</li> </ul>