

REF.: APRUÉBESE CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A  
PROFESIONAL QUE INDICA.

DECRETO ALCALDICIO N° 0250

TREHUACO,

VISTOS:

**29 FEB. 2016**

a) Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 del 31/03/1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.

b) El D.F.L. N° 1-3063 de 1980, que dispone el traspaso de los establecimientos de Salud a las Municipalidades.

c) La Ley N° 19.378 de Abril de 1995, modificada por la Ley N° 19.607/99 y el Decreto N° 1.889/95 modificado por Decreto 376/99.

d) Convenio de Ejecución "Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial en las redes Asistenciales, 2016" (CHILE CRECE CONTIGO), de fecha 31/12/2015.

e) Decreto Alcaldicio N° 1981 del 24/12/2015; Aprueba Presupuesto de Salud año 2016 y "Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial en las redes Asistenciales año 2016"

DECRETO:


1.- **APRUÉBESE**, Contrato de Prestación de Servicios de **DOÑA ORIANA VELASQUEZ RIVAS**; Matrona del CESFAM. de Trehuaco de fecha 20 de Enero de 2016.

2.- Páguese conforme a Contrato, la suma de **\$ 270.000.-** (Doscientos setenta mil pesos.-) **mensuales**, Impuesto Incluido, con un total de **60 horas mensuales** realizadas (aprox.) en el CESFAM. de Trehuaco.


3.- Impútese el gasto que irroque el presente Decreto, a Fondos mixtos, al "Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial en las Redes Asistenciales 2016" (**CHILE CRECE CONTIGO**) y Presupuesto de Salud Municipal año 2016.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-



  
FRANCISCO CONTRERAS MORA  
SECRETARIO MUNICIPAL (S)



  
LUIS CUEVAS IBARRA  
ALCALDE

LCI/ROM/FAV/VAE/mmb.-

Distribución:

- Profesional
- Archivo Carpeta Profesional
- Archivo Depto. Finanzas Salud
- Archivo Adquisiciones
- Oficina de Transparencia
- Archivo Secretaría de Salud
- Archivo Decreto Alcaldicio



## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS**

En Trehuaco, a 20 de Enero de 2016, entre la I. Municipalidad de Trehuaco representada por **DON JUAN GODOY BUSTOS** R.U.N. N° [REDACTED] **ALCALDE (S)**, domiciliado en [REDACTED] de Trehuaco; en adelante "Empleador" y la **SRTA. ORIANA PAOLA VELASQUEZ RIVAS** R.U.N. [REDACTED] domiciliada en Avenida Tumbes N° 315 Cerro Zoror Talcahuano, se ha convenido el siguiente Contrato.

**PRIMERO:** En el marco del Convenio de Ejecución "Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial en las Redes Asistenciales 2016" (**CHILE CRECE CONTIGO**), contrata los servicios de **DOÑA ORIANA VELASQUEZ RIVAS**; de Profesión Matrona, para realizar la labor de:

- Encargada del Programa Chile Crece Contigo 2016 en CESFAM. de Trehuaco; deberá efectuar seguimiento y evaluación de metas a cumplir dentro del marco de este Programa.
- Profesional Matrona encargada del ingreso y control Prenatal.
- Talleres Prenatales.
- Visitas domiciliarias.
- Control de la Diada.
- Elaboración Planes de Intervención con Equipo de Salud.

**SEGUNDO:** La Contratada se obliga a prestar el servicio con un total de **60** horas Mensuales realizadas, distribuidas entre los días **Miércoles y Jueves** desde las **18:00 a 20:00 hrs.** y **Sábado 08:30 a 18:30 hrs.**, para dar cumplimiento a los objetivos del Programa del Convenio, en función del documento: Distribución Financiera PADBP RA de Chile Crece Contigo, que se asume ratificado por el SSNUBLE y que forma parte integrante de este Contrato.

Las Actividades a contratar tienen como objetivo, "ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen al niño/a y su familia desde la gestación, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen el máximo de sus potencialidades".

**TERCERO:** La Contratada se compromete a realizar la totalidad de las actividades antes señaladas, dentro y fuera del horario normal de trabajo o en días no laborales, y deberá hacer llegar dentro de los 5 días siguientes a la suscripción de este Contrato, la **CALENDARIZACIÓN** de todas las Actividades anteriores, al Departamento de Salud Municipal (vía Dirección del Consultorio toda vez que el(la) contratado(a) pertenezca a la Dotación de algún Establecimiento de Salud Municipal de Trehuaco.

Dicho Calendario se Anexará como parte integrante del presente instrumento y podrá ser ajustado dentro del periodo de vigencia del contrato. De generarse ajustes a la programación de actividades, éstas deberán ser informadas oportunamente por la Coordinadora del programa, a la Dirección del Consultorio y por este intermedio al Departamento de Administración de Salud Municipal. Las Actividades no realizadas y/o no recuperadas, o que se constaten como tal, no serán pagadas.

**CUARTO:** Los Honorarios previsto por la totalidad de las Actividades señaladas en la Cláusula SEGUNDA ascienden a la suma de **\$ 270.000.-** (Doscientos setenta mil pesos.-) Impuestos Incluidos, **mensuales**, previa retención del 10% sobre el monto que corresponda pagar.

El valor total de las Actividades, incluyen el medio o el costo de traslado de la contratada al lugar de ejecución y excluye los Materiales e insumos que implica la realización de las Actividades.

**QUINTO:** La periodicidad de los Pagos se regirá por las Horas de Actividades Efectivamente Realizadas por mes, o en un solo pago al Finalizar la ejecución de la Totalidad de las Actividades contratadas.



Los Pagos se solicitarán por escrito por parte de la contratada, adjuntando los siguientes antecedentes de respaldo: Boleta de Honorarios Electrónica; fotocopia de los Registros de Ejecución de Actividades efectivamente realizadas en el período Registro de Participantes a cada Actividad/Taller o reunión con fecha, lugar y hora de realización; fotografías; eventualmente otros registros que implemente quien Coordine la Ejecución del Programa, y/o La Dirección del Consultorio especialmente si la contratada pertenezca a la Dotación de algún Establecimiento de Salud Municipal de Trehuaco.

Estos documentos de respaldo se canalizarán con Informe de Ejecución favorable emitido por la Dirección del Consultorio, toda vez que la contratada pertenezca a la Dotación de algún Establecimiento de Salud Municipal de Trehuaco.

El pago se concretará dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de ingreso al Departamento de Salud, de la Solicitud de Pago acompañada de los documentos de respaldo señalados.

**SEXTO:** El Contrato podrá ser Modificado por causas fundamentadas en que las partes concuerden y siempre que ello contribuya a asegurar el cumplimiento de los Objetivos del Programa y exista factibilidad financiera.

De existir Modificaciones, éstas se consignarán en un Documento Anexo al presente Contrato, en el cual se estipulará claramente la materia de modificación; será suscrito por las partes y deberá sancionarse por Decreto Alcaldicio.

**SEPTIMO:** Se podrá terminar anticipadamente el Contrato ante evaluaciones parciales deficientes por parte del Empleador; o por acuerdo entre las partes.

**OCTAVO:** El Contratado no podrá bajo ninguna circunstancia efectuar el traspaso total ni parcial de la responsabilidad del Contrato a Terceros.


**NOVENO:** Si por razones fundadas la contratada se viere imposibilitada de dar término a cabalidad a este Contrato, se deberá presentar la correspondiente Renuncia al Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios, e informar la parte de su Calendario de Actividades efectivamente realizadas hasta la fecha de renuncia. Para proceder al Pago de lo correspondiente, deberá adjuntar los respaldos ya señalados en la Cláusula QUINTA.

**DECIMO:** El Contrato rige desde el 20 de Enero de 2016 hasta el 31 de Julio de 2016 o con anterioridad a esa fecha si se dieran las excepciones ya señaladas su continuidad estará sujeta a confirmación del Servicio de Salud de Ñuble respecto de la disponibilidad de los recursos para el año siguiente, procediéndose a la Modificación, o Reconstratación o celebración de un nuevo Contrato, según corresponda.

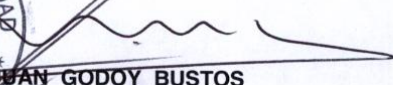
**DECIMO PRIMERO:** La calidad Profesional de Matrona de DOÑA ORIANA PAOLA VELASQUEZ RIVAS, consta en Certificado de Título de la Universidad de Concepción emitido en año 2008.

**DÉCIMO SEGUNDO:** El presente Contrato se firma en seis ejemplares, uno de los cuales quedará en poder del Empleado y el resto será distribuido por el Departamento de Salud, según corresponda.

**DÉCIMO TERCERO:** Para todos los efectos las partes fijan su domicilio en calle Gonzalo Urrejola N° 460 Trehuaco y se someten a los Tribunales competentes.

  
**ORIANA VELASQUEZ RIVAS**  
Matrona



  
**JUAN GODOY BUSTOS**  
ALCALDE (S)