



REPÚBLICA DE CHILE  
REGIÓN DEL BÍO BÍO  
I. MUNICIPALIDAD DE TREHUACO  
DEPTO. SALUD DE ADM. MUNICIPAL

Decre. de  
**PERSONAL**

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

TREHUACO,

28 FEB. 2017

DECRETO ALCALDICO N°0095/

VISTOS:

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) En el marco del Convenio “**Programa GES Odontológico 2017” (Atenciones Odontológica Adulto de 60 años y Ges embarazadas)**, entre el Servicio de Salud Ñuble y la I. Municipalidad de Trehuaco de fecha 11 de Enero de 2017, aprobado por Resolución Exenta N° 1C/ 0343 del 27 de Enero de 2017.

e) Decreto Alcaldicio N° 0090 del 08/02/2017; aprueba dicho Convenio del punto d).

DECRETO:

1.- **APRUÉBESE**, Contrato de Prestación de Servicios de **DOÑA CLAUDIA ELIZABETH GUAJARDO PINTO R.U.N. N° 100000000000000000**, Odontóloga del CESFAM. de Trehuaco de fecha 01 de Febrero de 2017.

2.- Páguese conforme a Contrato, la suma de \$ **571.133.-** (Quinientos setenta y un mil ciento treinta y tres pesos.-) **mensuales**, Impuesto Incluido, con un total de **20 horas semanales** (aprox.) en el CESFAM. de Trehuaco.

3.- Impútese el gasto que irrogue el presente Decreto, a Fondos del “Programas Ges Odontológico 2017”.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

LUCY CARTES RAMIREZ  
SECRETARIO MUNICIPAL

LOUIS CUEVAS IBARRA  
ALCALDE  
TREHUACO

LCI/LCR/EAV/VAE/mmb.-

Distribución:

- Profesional
- Archivo Carpeta Profesional
- Archivo Depto. Finanzas Salud
- Oficina de Transparencia
- Archivo Secretaría de Salud
- Archivo Decretos Alcaldíos
- Archivo Programas



## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS

En Trehuaco, a 01 de Febrero de 2017, entre la I. Municipalidad de Trehuaco representada por **DON LUIS CUEVAS IBARRA** R.U.N. Nº 8.894.418-6 **ALCALDE**, domiciliado en Gonzalo Urrejola Nº 460 de Trehuaco; en adelante “Empleador” y la **DONA CLAUDIA ELIZABETH GUAJARDO PINTO** R.U.N. N[REDACTADO] domiciliada en [REDACTADO] Concepción, se ha convenido el siguiente Contrato.

**PRIMERO:** En el marco del Convenio “**Programa Ges Odontológico 2017**”, entre el Servicio de Salud Nuble y la I. Municipalidad de Trehuaco de fecha 11 de Enero de 2017, aprobado por Resolución Exenta Nº 1C/ 0343 del 27 de Enero de 2017.

Se Contratan los servicios de **DOÑA CLAUDIA GUAJARDO PINTO**; de Profesión Cirujano Dentista, para realizar la labor de:

### **Atención Odontológica Adultos de 60 años**, con ejecución de **12 Hrs** Semanales

- Encargada de Programas Odontológicos 2017 en CESFAM. de Trehuaco; deberá prestar atención y cumplir con una meta total estimada de **25 pacientes en edad cronológica de 60 años**, efectuando seguimiento y evaluación de metas a cumplir dentro del marco del Programa y teniendo establecido como evaluación de cumplimiento con corte al 31 de agosto de la ejecución de 50%, con reliquidación en caso de no cumplir con los resultados esperados.
- Registro y evolución de la atención de paciente en Sistema Rayen.
- Llevar el Registro en Hoja Diaria y entrega posterior en Estadística.
- coordinar con laboratorio la elaboración de prótesis correspondiente a cada paciente y la calidad de esta. Emitiendo recibo conforme de la prestación, para su posterior cancelación en la entidad administradora.

### **Atención Ges de Embarazada**, con ejecución de **8 Hrs** Semanales

- Atención integral a 32 embarazadas con ingreso previo al sistema de salud en el CESFAM de Trehuaco.
- Registro y evolución de la atención de paciente en Sistema Rayen.
- Llevar el Registro en Hoja Diaria y entrega posterior en Estadística.
- realizar altas integrales odontológicas a embarazadas con ingreso prenatal durante el año 2017.

**SEGUNDO:** La Contratada se obliga a prestar el servicio con un total de **20 horas semanales**, distribuidas entre el día **Lunes a Jueves** desde las **08:30 a 17:30 hrs.** y **Viernes de 08:30 a 16:30 hrs.**, para dar cumplimiento a los objetivos de los Programas de los Convenios, en función del documento: Distribución Financiera PMA Odontológica 2017, que se asume ratificado por el SSNUBLE y que forma parte integrante de este Contrato.

Las Actividades a contratar tienen como objetivo, “ofrecer a Adultos de 60 años”, un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen a los Adultos y su familia desde la consulta de morbilidad, actividades recuperativas y altas odontológicas, 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 CALENDARIZACION de todas las Actividades anteriores, al Departamento de Salud Municipal (vía Dirección del Consultorio toda vez que la contratada pertenezca a la Dotación de algún Establecimiento de Salud Municipal de Trehuaco.

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 **\$ 298.133.-** Programa **GES 60** ( Doscientos noventa y ocho mil ciento treinta y tres pesos.-), Programa **Ges de Embarazo** la suma de **\$ 273.000** ( Doscientos setenta y tres 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 del paciente; eventualmente otros registros que implemente quien Coordine la Ejecución del Programa, y/o La Dirección del Consultorio.

Estos documentos de respaldo se canalizarán con Informe de Ejecución favorable emitido por la Dirección del Consultorio.

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 01 de Febrero de 2017 hasta el 31 de Diciembre de 2017 o con anterioridad a esa fecha si se dieran las excepciones ya señaladas.

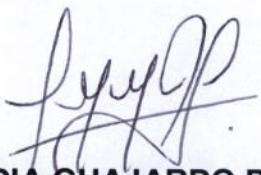
Si las Actividades del Programa no alcanzaran a ejecutarse al 31 de Diciembre de 2017, su continuidad estará sujeta a confirmación del Servicio de Salud de Nuble respecto de la disponibilidad de los recursos para el año siguiente, procediéndose a la Modificación, o Recontratación o celebración de un nuevo Contrato, según corresponda.

Las partes dejan claramente establecido, dando el carácter de esencial a la presente cláusula, de que el presente Contrato a Honorarios, se suscribe en virtud a las facultades que otorga a la Municipalidad por el Art. 4° de la Ley 18.883, por lo que la Contratada no tiene la calidad de funcionaria ni responsabilidad administrativa con las prerrogativas que ello implica. En este sentido se aclara que la Contratada, solo tiene derecho a **devolución de pasajes por Cometido y cuando corresponda Capacitaciones derecho a colación**, autorizados por Jefe DESAMU. y por medio de Resolución. Asimismo no será de responsabilidad de la Municipalidad cualquier accidente, hecho fortuito u otro que llegara a afectar al Contratado, con motivo de la prestación de servicios que se contrata.

**DECIMO PRIMERO:** La calidad Profesional de Cirujano Dentista de **DOÑA CLAUDIA ELIZABETH GUAJARDO PINTO**, consta en Certificado de Título de la Universidad del Desarrollo de Concepción emitido en año 2014 y de **DON LUIS ALBERTO CUEVAS IBARRA**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Trehuaco, consta en la Sentencia de Proclamación de Alcalde N° 6 del Tribunal Electoral de fecha 30 de Noviembre de 2016 del citado Tribunal.

**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.

  
CLAUDIA GUAJARDO PINTO  
CIRUJANO DENTISTA

