

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

TREHUACO, 09 ABR 2018

DECRETO ALCALDICIO N° 0169

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) **Convenio "Programa Vida Sana: Intervención en Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles 2018"**, de fecha 10 de Enero de 2018, entre el Servicio de Salud Nuble y I. Municipalidad de Trehuaco, aprobado por la Resolución Exenta 1C/N° **0426** de fecha 29 de Enero 2018.

DECRETO:

1.- **APRUÉBESE**, Contrato de Prestación de Servicios de **DOÑA AYSBEL VIVAS ESCALONA**; RUT: **8520633745**, Médico Cirujano, de fecha 02 de Abril de 2018.

2.- Páguese conforme a Contrato, la suma de \$15.000.- (Quince mil pesos) **por hora**, Impuesto Incluido, con un máximo de **8 Hrs. mensuales** realizadas (aprox.) en el CESFAM. de Trehuaco.

3.- Impútese el gasto que irrogue el presente Decreto, a Fondos del **Convenio "Programa Vida Sana: Intervención en Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles 2018"**,

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-



LUCY CARTES RAMÍREZ  
SECRETARIA MUNICIPAL



JUAN GODOY BUSTOS  
ALCALDE (S)

JGB/LCR/FAV/VAE/mmb.-

Distribución:

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



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

En Trehuaco, a 02 de Abril del 2018 entre la I. Municipalidad de Trehuaco, representada legalmente por su Alcalde **DON JUAN GODOY BUSTOS**, RUT N° ~~19.126.355-9~~, con domicilio en Gonzalo Urrejola N° 460 de la ciudad de Trehuaco; en adelante "Mandante" y la Prestadora de Servicios **DOÑA AYSBEL VIVAS ESCALONA**, RUT N° ~~25.206.837-9~~, de profesión Médico Cirujana, domiciliada en, la Comuna de Coelemu, se ha convenido el siguiente Contrato de Prestación de Servicios.

**PRIMERO:** En el marco del **Convenio "Programa Vida Sana: Intervención en Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles 2018"**, de fecha 10 de Enero de 2018, entre el Servicio de Salud Nuble y I. Municipalidad de Trehuaco, aprobado por la Resolución Exenta 1C/N° **0426** de fecha 29 Enero 2018, contrata los servicios de **DOÑA AYSBEL VIVAS ESCALONA** de Profesión Médico Cirujano, para realizar la labor de: **Evaluación Médica de Pacientes**.

**SEGUNDO:** Las Actividades a contratar tienen como objetivo, "Beneficiar pacientes con factores de riesgo de ENT en niños(as) y adolescentes de 2 a 19 años, incluyendo las mujeres adolescentes post parto y además pacientes con factores de riesgo de ENT en adultos de 20 a 64 años, incluyendo post parto.

TIPO EQUIPO	C
TOTAL POBLACIÓN BENEFICIARIA	100
ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS	55
NINOS DE 6 A 19 AÑOS	25
NINOS DE 2 A MENORES DE 6 AÑOS	20

Prestaciones	Rendimiento	horas	Valor Hora
Consultas	30 minutos por paciente	8 horas Mensuales	15.000

Descripción:

- se espera que en esta consulta, el médico pueda pesquisar patologías y comorbilidades que contraindiquen el ingreso del usuario al programa.

Objetivo:

- confirmar la pertinencia de la derivación según los criterios de inclusión y exclusión al programa.

Objetivos específicos:

- Evaluar en forma integral a la persona, incluyendo anamnesis próxima y remota, actividad física habitual, uso de medicamentos, antecedentes mórbidos familiares, genograma familiar y examen físico completo.
- Identificar criterios de inclusión y de exclusión al Programa Vida Sana. Ingresar al Programa si corresponde.
- con un rendimiento de 30 minutos por paciente.

**TERCERO:** Los Honorarios se previsto por la totalidad de las Actividades señaladas en la Cláusula SEGUNDA ascienden a la suma de **\$ 15.000.-** (Quince mil pesos.-) **por Hora** Impuestos Incluidos, previa retención del 10% sobre el monto que corresponda a pagar.

**CUARTO:** La periodicidad de los Pagos se regirá por las Horas de Actividades efectivamente realizadas, adjuntando los siguientes antecedentes de respaldo: **Boleta de Honorarios Electrónica**; fotocopia de los Registros de Ejecución de **Actividades efectivamente realizadas**.

La Prestadora de Servicios se compromete a realizar la totalidad de las actividades antes señaladas, en extensión horaria y/o los días sábados.



Registro de asistencia en Reloj Control; entrega de respaldos en oficina de Estadística del CESFAM para registro de actividades en los REM correspondientes, registro a través del sistema RAYEN de las atenciones y prestaciones entregadas a los usuarios.-

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

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.

Las Actividades no realizadas y/o no recuperadas, o que se constaten como tal, no serán pagadas.

**QUINTO:** 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.

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

**SEPTIMO:** La Prestadora no podrá bajo ninguna circunstancia efectuar el traspaso total ni parcial de la responsabilidad del Contrato a Terceros.

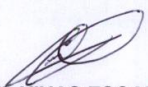
**OCTAVO:** Si por razones fundadas la Prestadora se viere imposibilitada de dar término a cabalidad a este Contrato, se deberá presentar la correspondiente Renuncia al Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios, e informar la parte de su Calendario de Actividades efectivamente realizadas hasta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

**NOVENO:** El Contrato rige desde el **02 de Abril de 2018** hasta el **31 de Diciembre de 2018** o con anterioridad a esa fecha si se dieran las excepciones ya señaladas.

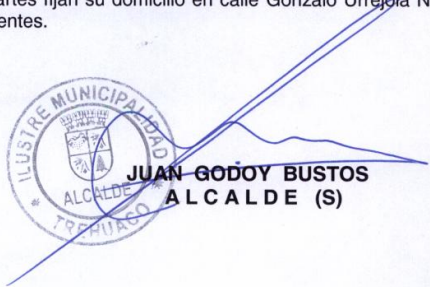
**DECIMO:** La calidad Profesional de Medica Cirujana de **DOÑA Aysbel Carolina Vivas Escalona**, según consta en el Libro de Registros N° 6261 de fecha 26 de Mayo de 2015.

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

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

  
**AYSBEL VIVAS ESCALONA**  
**MEDICO CIRUJANO**



  
**JUAN GODOY BUSTOS**  
**ALCALDE (S)**