



PARRAL, 25 Mar 2015.

DECRETO AFECTO N° 527. /

VISTOS:

- 1).- El DFL N° 1-3063 del año 1980 del Ministerio del Interior.
- 2).- La Resolución N° 520 de la Contraloría General de la Republica del 15.11.96
- 3).- La Ley 19.378 de fecha 13 de abril de 1995, Ministerio de Salud.
- 4).- Decreto Alcaldicio N° 1305 del 06.12.2012, que nombra como Alcaldesa de la Comuna de Parral a la Sra. Paula Retamal Urrutia.
- 5).- El contrato de Honorarios de fecha 16 de marzo del año 2015, suscrito entre la I. Municipalidad de Parral y doña CARMEN GLORIA LEIVA MENA.
- 6).- Las facultades que me confieren la Ley N° 18.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, sus modificaciones posteriores y legislación vigente.-

CONSIDERANDO:

- 1.- **Que**, este Departamento con fecha 16 de marzo de 2015, suscribió Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios, entre la I. Municipalidad de Parral y doña **CARMEN GLORIA LEIVA MENA, C.N.I. N° [REDACTED]** Auxiliar Paramédico.

DECRETO:

- 1.- **APRUEBASE**, el Contrato de Prestaciones de Servicios a Honorarios, suscrito con fecha 16 de marzo del año 2015, entre la I. Municipalidad de Parral y doña **CARMEN GLORIA LEIVA MENA, C.N.I. N° [REDACTED]** Auxiliar Paramédico, contrato que se entiende incorporado al presente decreto.-
- 2.- **ESTABLEZCASE**, que la I. Municipalidad de Parral, a través del **DEPARTAMENTO DE SALUD**, pagará a título de honorarios por tiempo efectivamente realizado con un valor hora equivalente a la suma de tres mil cuatrocientos pesos (\$3.400.-) impuesto incluido. Para el pago se deben acompañar de manera mensual los siguientes documentos: Boleta de Honorarios y Certificado emitido por el Encargado del establecimiento y/o coordinador (cuando corresponda) o Jefe de Personal (en caso de ausencia del encargado). Dicha Boleta deberá ser emitida el primer día hábil del mes siguiente a la prestación y presentarla junto al Certificado directamente en la oficina de Personal.

**3.- ESTABLEZCASE**, que el referido contrato tendrá una duración a contar desde el **16 de marzo de 2015** y hasta el **31 de diciembre del año 2015**, ambas fechas inclusive, teniendo la I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL la facultad para dejarlo sin efecto de inmediato en cualquier fecha, sin expresión de causa y sin previo aviso; en cambio el prestador de servicios debeá dar aviso con a lo menos cinco (5) días de anticipación, del término de su contrato a la Municipalidad.-

**4.- IMPÚTASE**, el gasto que representa el presente Decreto al Ítem 215-21-03-001 "Honorarios Suma Alzada, Personas Naturales", según Presupuesto del Departamento de Salud, año 2015.- "

**ANÓTESE, REFRÉNDESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER - RE.-**

  
*Alejandra Roman Clavijo*  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

  
*Paula Retamal Urrutia*  
**PAULA RETAMAL URRUTIA**  
**ALCALDESA DE PARRAL**

*PRU/ARC/ECH/DMT/UGF/ifc.*  
**DISTRIBUCIÓN**

- 1.- I. Municipalidad de Parral
- 2.- Registro Siaper - RE
- 3.- Archivo Finanzas
- 4.- Interesado
- 5.- Archivo



## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS

En Parral, República de Chile, a dieciséis (16) de Marzo del año dos mil quince (2015), comparecen por una parte la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL**, Rol Único Tributario número sesenta y nueve millones ciento treinta mil setecientos guión K (N° 69.130.700-K), representada por su Alcaldesa Señora **PAULA RETAMAL URRUTIA**, Cedula Nacional de Identidad N° [REDACTED], ambos domiciliados en calle Dieciocho N° 720 de esta ciudad Parral, en adelante denominada simplemente como "la Municipalidad"; y por otra parte doña **CARMEN GLORIA LEIVA MENA**, Cédula Nacional de Identidad número [REDACTED] (N° [REDACTED]), Auxiliar Paramédico, domiciliada en calle Urrutia N° 1091 de esta comuna de Parral, en adelante denominada también simplemente como "la Prestadora"; los comparecientes mayores de edad, quienes acreditan su identidad con las cédulas anotadas y exponen que han convenido el siguiente contrato de prestación de servicios a honorarios:

**PRIMERO:** El Ministerio de Salud en el marco de convenios: **"PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL"**, programa cuyos componentes son: "Resolución de especialidades Odontológicas en APS (Endodoncias en APS Y Prótesis en APS); Promoción, Prevención y recuperación de la Salud Bucal (Apoyo odontológico CECOSF con sillón dental) y Más Sonrisas para Chile (Atención Odontológica Integral para mujeres especialmente vulnerables mayores de 15 años)"; **"PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO"**, programa cuyos componentes son: "Atención dental en niños (atención odontológica integral en APS en niños y niñas de 6 años)"; Atención dental en Embarazadas (gestantes, primigestas o multiparas); Atención dental de Urgencia (ambulatoria); Atención odontológica del adulto de 60 años (atención odontológica integral, incluida la rehabilitación protésica si corresponde) **"PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCION ODONTOLÓGICA"**, cuyos componentes son: "Atención Odontológica de morbilidad" (otorgando consultas de morbilidad odontológica en extensión horaria a población mayor de 20 años); Atención Odontológica integral a estudiantes de cuarto año de Educación Media.-

*En Parral, con Usted Construyendo Salud Familiar*



**SEGUNDO:** Por el presente instrumento la **I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL**, a través del Departamento de Salud, contrata a doña **CARMEN GLORIA LEIVA MENA**, Auxiliar Paramédico, a fin de que preste apoyo a pacientes en los siguientes programas “**PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL**”, “**PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO**” y “**PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**”, todos usuarios pertenecientes al Departamento de Salud de Parral, obligándose a cumplir las acciones referente a los componentes de la cláusula anterior.

**TERCERO:** La **I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL**, a través del **DEPARTAMENTO DE SALUD**, pagará a título de honorarios por tiempo efectivamente realizado con un valor hora equivalente a la suma de tres mil cuatrocientos pesos (\$3.400.-) impuesto incluido. Para el pago se deben acompañar de manera mensual los siguientes documentos: Boleta de Honorarios y Certificado emitido por el Encargado del establecimiento y/o coordinador (cuando corresponda) o Jefe de Personal (en caso de ausencia del encargado). Dicha Boleta deberá ser emitida el primer día hábil del mes siguiente a la prestación y presentarla junto al Certificado directamente en la oficina de Personal.

**CUARTO:** La prestadora deberá observar estrictamente los principios del título tercero de la ley 18575, sobre Probidad Administrativa, que implica una conducta funcionaria moral intachable y una entrega honesta y leal al desempeño de su función, con preeminencia del interés público sobre el privado.- La contravención a lo preceptuado producirá el término inmediato del Contrato, como asimismo, si éste incurriera en actos que atenten el normal funcionamiento del Departamento o por rendimientos no acordes al convenio que da origen al presente Contrato y que es conocido por la prestadora.-

**QUINTO:** La prestadora deberá realizar las actividades descritas en el cláusula Segundo del presente contrato, de acuerdo a los procedimientos indicados en los Programas, **de forma alternada** los días lunes a jueves de 17:00 a 20:00 hrs., viernes de 16:00 hrs. a 20:00 hrs., y sábados de 09:00 hrs., a 13:00 hrs., en el Centro de Salud Familiar Arrau Méndez, USAF Buenos Aires, CECOSF Los Olivos, Casa Saludable, Módulo Dental y todos aquellos establecimientos dependientes del Departamento de Salud Municipal de Parral.-

*En Parral, con Usted Construyendo Salud Familiar*



**SEXTO:** Para efectos de cumplimiento de horario del presente contrato, dable es señalar, que si el profesional contratado gozase de horario diferido y/o la jornada normal se extendiese más allá del horario de ingreso (17:00 ó 16:00 hrs. Respectivamente), éste tiempo deberá descontarse del tiempo efectivamente trabajado. Considerándose para ello las horas completas o la proporción de ellas que corresponda, para efectuar el pago de los servicios prestados. Descuento que también será aplicable para aquellos profesionales que cumplan con un horario diferente al señalado en el contrato, es decir que desempeñen sus funciones en un tiempo menor al especificado en dicho contrato o que hagan ingreso mas tarde del horario de ingreso a dichas funciones

**SEPTIMO:** El presente contrato rige a contar desde el 16 de Marzo del año 2015 y hasta 31 de diciembre del año 2015, teniendo la I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL la facultad para dejarlo sin efecto de inmediato en cualquier fecha, sin expresión de causa y sin previo aviso; en cambio el prestador de servicios deberá dar aviso con a lo menos cinco (5) días de anticipación, del término de su contrato a la Municipalidad.-

**OCTAVO:** Es de la esencia del presente contrato, y por ello se deja expresa constancia que dada la naturaleza jurídica, entre las partes no existe vínculo alguno de subordinación o dependencia, **quedando la Municipalidad exenta y/o eximida de toda responsabilidad en lo que a cotizaciones previsionales y pago de cualquier tipo y/o naturaleza que se refiere o diga relación con la normativa legal vigente sobre seguridad social**, las que serán siempre y en todo caso de cargo y responsabilidad exclusiva de la profesional prestadora de servicios a honorarios, quien acepta en este acto, satisfactoria y expresamente tal condición, sin formular reclamo alguno al respecto.-

**NOVENO:** Para los efectos de este contrato las partes fijan su domicilio en la ciudad de Parral, sometiéndose desde luego a la competencia y jurisdicción de sus Tribunales de Justicia.-

*En Parral, con Usted Construyendo Salud Familiar*

**DECIMO:** Como aprobación del presente contrato, las partes firman cinco (5) ejemplares del mismo tenor, quedando uno (1) en poder de la Ilustre Municipalidad de Parral, dos (2) en poder del Departamento de Salud, una (1) registro SIAPER y uno (1) en poder del prestador(a) de servicios.-



*Paula Retamal Urrutia*

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUT N° 69.130.700-K, representada legalmente por su

Alcaldesa Señora **PAULA RETAMAL URRUTIA**

C.N.I. N° [REDACTED]

*Carmen Gloria Leiva Mena*

**CARMEN GLORIA LEIVA MENA**

C.N.I. N° [REDACTED]

*En Parral, con Usted Construyendo Salud Familiar*