

CONSTANZA ATALIA SAA PAILEMILLA

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 11

RUT:

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,

Fecha: 01 de Abril de 2026

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO

Rut: 69.261.400- 3

Domicilio: SAN ALBERTO HURTADO 3295, PADRE HURTADO

Por atención profesional:

PSICOLOGA MARZO EQUIPO NEURODIVERGENTE	1.293.573
Total Honorarios: \$:	1.293.573
15.25 % Impto. Retenido:	197.270
Total:	1.096.303

Fecha / Hora Emisión: 23/03/2026 17:21



2016311100011EEF7452

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

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

11202603231721

Fecha / Hora Impresión: 23/03/2026 17:21



**DIRECCIÓN DE SALUD
REFERENTE DEL BIENESTAR INFANTO JUVENIL**

MEMORANDUM N°53/2026



**DE : NATALIA HERRERA RIVEROS
REFERENTE DEL BIENESTAR INFANTO JUVENIL
DIRECCIÓN DE SALUD**

**A : ALEX GARCIA LEIVA
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE SALUD**

MAT : CERTIFICADO DE PAGO CONSTANZA SAA PAILEMILLA

PADRE HURTADO, 30 MARZO DEL 2026

Por medio del presente, Certifico a usted, conformidad de los servicios prestados durante el mes de marzo del 2026, por Constanza Saa Pailemilla Rut N°: [REDACTED] Psicóloga Contratado en calidad de prestación de servicios honorarios, para equipo neurodivergente. Con grado de consecución del trabajo desarrollado satisfactorio.

Lo anterior para dar inicio a la tramitación del pago correspondiente.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud., remanente

**ALEX GARCIA LEIVA
DIRECTOR**

DIRECCIÓN DE SALUD

**NATALIA HERRERA RIVEROS
REFERENTE DEL BIENESTAR INFANTO
JUVENIL
DIRECCIÓN DE SALUD**

NHR/agl

Distribución:

- Archivo Dirección de Salud

CESFAM JUAN PABLO II

INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

Datos	Antecedentes
Nombre Completo	Constanza Atalia Saa Paillemilla
Cedula de Identidad	
Profesión o Tipo de Prestador	Psicóloga
Programa al que presta servicio	Equipo Neurodivergente
Encargado del Programa	Natalia Herrera Riveros
Mes que certifica prestación de servicio	Marzo 2026
Monto Total Honorario	1.293.573

INFORMACION ESPECÍFICA:

Datos	Antecedentes	
	SI	NO
1.-Descripción de actividades o labores contratadas	X	
2.-Adjunta Respaldo de las actividades, conforme al cometido según contrato	X	
3.-Calendario de horas realiza o cometidos realizados	X	
Observaciones		

1.- Descripción de actividades o labores contratadas

- Realizar evaluación e intervención a madres, padres y/o cuidadores de niñas, niños y adolescentes neurodivergentes.
- Registrar las atenciones, acciones y procesos clínicos de los usuarios en la ficha clínica.
- Elaborar informes clínicos según los requerimientos de los usuarios, instituciones externas o tribunales competentes.
- Desarrollar y facilitar talleres grupales dirigidos a madres, padres y cuidadores.
- Desarrollar y facilitar talleres grupales dirigidos a niñas, niños y adolescentes neurodivergentes.
- Gestionar derivaciones médicas cuando sea necesario y realizar seguimiento del proceso.
- Cumplir con las normas legales, reglamentarias y disposiciones internas del establecimiento.
- Asistir a reuniones de equipo, estamento o aquellas solicitadas por la jefatura directa.

2.- Descripciones de actividades realizadas durante el mes de MARZO 2026

Yo, **Constanza Saa Pailemilla**, durante el período correspondiente al mes de **marzo de 2026**, desarrollé funciones en el **Programa Neurodivergente**, realizando atenciones clínicas dirigidas a niñas y niños con diagnóstico neurodivergente confirmado.

Durante dicho período, las actividades realizadas incluyeron la realización de entrevistas de **evaluación diagnóstica, alcanzando un total de 09, así como 117 intervenciones terapéuticas individuales y 09 egreso clínicos**, orientados a favorecer el desarrollo socioemocional, conductual y adaptativo de los usuarios atendidos.

Asimismo, se efectuó el registro sistemático de las atenciones y procesos clínicos en las fichas correspondientes, asegurando la trazabilidad y confidencialidad de la información. De igual manera, se elaboraron informes clínicos según los requerimientos de las familias y de instituciones externas cuando fue solicitado. Además, se participó en la gestión de derivaciones médicas y en el seguimiento de los procesos asociados, en coordinación con otros profesionales de la red de apoyo.

Firma:

—

CALENDARIO DE ACTIVIDADES MARZO 2026

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
02 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	03	04	05 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	06 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	07 09:00 -14:00 Aplicación WISC-5 de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)
09 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	10	11	12 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	13 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	14 09:00 -14:00 Aplicación WISC-5 de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)
16 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	17	18	19 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	20 09:00-11:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (04 CUPOS DE 40 MIN) Jornada de autocuidado	21 09:00 -14:00 Aplicación WISC-5 de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)
23 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	24	25	26 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	27 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	28 Bajo Control
29 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	30	31			