LEILA RUTH FERREIRA SOLORZA

BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA

N ° 112

RUT: [redacted]

GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR OTROS PROFESIONALES DE,

MEDICINA GENERAL

Fecha: 01 de Abril de 2026

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO **Rut:** 69.261.400- 3

Domicilio: CAMINO SAN ALBERTO HURTADO 3295, PADRE HURTADO

Por atención profesional:

HONORARIOS MARZO PROGRAMA DE ALCOHOL Y DROGAS 36 HORAS	1.080.000
Total Honorarios: $:	1.080.000
15.25 % Impto. Retenido:	164.700
Total:	915.300

Fecha / Hora Emisión: 26/03/2026 17:47

22870340001129AD07EB

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.

11202603261747

Fecha / Hora Impresión: 26/03/2026 17:47

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
Centro de Salud Familiar Juan Pablo II.

RECIBIDO
SECRETARIA
30 MAR 2026
DIRECCIÓN DE SALUD
I. MUNICIPALIDAD DE
PADRE HURTADO

CESFAM
JUAN PABLO II

I. MUNICIPALIDAD PADRE HURTADO
RECIBIDO
30 MAR 2026
UNIDAD
CONVENIOS Y PROGRAMAS
DEPARTAMENTO SALUD

ORD : N° 214 / Direc./N°_____ / N°Encargado

ANT. : Contrato de prestación de servicios a honorarios del individualizado.

MAT. : Remite Certificación de pago de la profesional Leila Ferreira Solorza.

PADRE HURTADO, 31 de marzo de 2026.

A : ALEX ENRIQUE GARCÍA LEIVA
DIRECTOR DIRECCIÓN DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO

DE : RAÚL FELIPE BARRIENTOS SEGURA
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II

Por medio del presente, certifico a usted, conformidad de los servicios prestados durante el mes de **marzo de 2026**, por **Leila Ferreira Solorza**, cédula de identidad N° [redacted], médico, contratada en calidad de prestación de servicios honorarios, en el marco del Programa de alcohol y drogas. Con grado de consecución del trabajo desarrollado como satisfactorio.

Se deja constancia que la información vinculada a pacientes constituye datos personales sensibles y se encuentra protegida por la legislación vigente Ley N° 20.584, por lo que los listados de pacientes de la presente certificación se encontrarán en el CESFAM Juan Pablo II, para su resguardo y frente a alguna revisión requerida en caso de ser necesaria.

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

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

RAÚL BARRIENTOS SEGURA
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JP II

PAULA LLANOS SCHELE
ENCARGADA DE SALUD MENTAL
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JP II

RBS/PLLS/plls

Distribución:
- Dirección de Salud.
- Archivo Dirección CESFAM Juan Pablo II.

INFORME PRESTADORES DE SERVICIO A HONORARIOS

INFORMACIÓN GENERAL

Datos	Antecedentes
Nombre Completo	Leila Ruth Ferreira Solorza
Cédula de Identidad	
Profesión o Tipo de Prestador	Médico general
Unidad o Programa	Programa Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas derivados del Consumo de Drogas y Alcohol
Cargo o profesión	Médico
Mes que certifica prestación de servicio	Marzo 2026

INFORMACIÓN 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 realizas o cometidos Realizados	X	
Observaciones	-	

Descripción de actividades o labores contratadas.

COMETIDO

Durante el mes de marzo del año 2026, conforme a las labores contratadas, en base a ingresos semanales realizados por equipo multidisciplinario del Programa de alcohol y drogas, durante la jornada de 17:30 – 20:30 horas, a través del contrato de prestación de servicio a honorario con la I. Municipalidad de Padre Hurtado. Se acuerda entre las partes los siguientes cometidos:

- Realizar consultas médicas de salud mental a través de atención presencial y/o consulta a distancia.
- Efectuar derivaciones o referencia asistida de usuarios.
- Participar en consultorías de salud mental e instancias técnicas de análisis de caso (reuniones clínicas), presencial y/o distancia.
- Participación en capacitaciones y/o jornadas reflexivas que permitan la actualización en temáticas de dependencia.

DESCRIPCIÓN DE GESTIONES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO

Durante el período informado, se realizaron ingresos y controles del programa de alcohol y drogas, otorgándose prestaciones GES, con el objetivo de promover la prevención de recaídas, realizar diagnóstico y tratamiento del consumo, realizar derivaciones de ingreso y seguimiento de pacientes con consumo problemático.

Para finalizar cabe destacar se brinda apoyo permanente a equipo multidisciplinario mediante la gestión y entrega oportuna de información, desarrollando todas las funciones con responsabilidad, precisión y profesionalismo.

Estas atenciones fueron realizadas y evolucionadas en ficha clínica (RAYEN), según la siguiente distribución:

Semana	Labores realizadas	N° de horas
02 al 06	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	**9**
09 al 13	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	**6**
16 al 20	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	**9**
23 al 27	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	**9**
30 al 31	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	**3**

FIRMA