

VANIA NICOLE ROJAS VALLEJOS

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 189

RUT:

GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR
OTROS PROFESIONALES DE, OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS
PERSONALES N.C.P.,
PSICOLOGA

Fecha: 04 de Mayo de 2026

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO
Domicilio: CAMINO SAN ALBERTO HURTADO 3295, PADRE HURTADO,
PADRE HURTADO

Rut: 69.261.400- 3

Por atención profesional:

ATENCIONES PSICOLOGA P. NEURODIVERGENTE ABRIL	862.630
Total Honorarios: \$:	862.630
15.25 % Impto. Retenido:	131.551
Total:	731.079

Fecha / Hora Emisión: 21/04/2026 12:47



176609510018992BA757

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.

11202604211251

Fecha / Hora Impresión: 21/04/2026 12:51



DIRECCIÓN DE SALUD
REFERENTE DEL BIENESTAR INFANTO JUVENIL

MEMORANDUM N°67/2026

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

A : ALEX GARCIA LEIVA
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE SALUD

MAT : CERTIFICADO DE PAGO VANIA ROJAS VALLEJOS

PADRE HURTADO, 30 ABRIL DEL 2026

Por medio del presente, Certifico a usted, conformidad de los servicios prestados durante el mes de abril del 2026, por Vania Rojas Vallejos Rut N° _____ 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	VANIA NICOLE ROJAS VALLEJOS
Cédula de Identidad	
Profesión o Tipo de Prestador	PSICÓLOGA
Programa al que presta servicio	PROGRAMA NEURODIVERGENTE
Encargado del Programa	Natalia Herrera Riveros
Mes que certifica prestación de servicio	ABRIL
Monto Total Honorario	\$862.630.-

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 realizadas o cometidos realizados	X	
Observaciones		

1.- Descripción de actividades o labores contratadas

- Realizar evaluación e intervención a madres, padres y 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 niños, niñas 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 abril 2026

Yo, **Vania Rojas Vallejos**, durante el período correspondiente al mes de **abril de 2026**, desarrollé funciones en el **Programa Neurodivergente**, realizando atenciones clínicas dirigidas a madres, padres y cuidadores de niñas, niños y adolescentes neurodivergentes.

Durante dicho período, las actividades realizadas incluyeron la **realización de 116 atenciones desde el área de salud mental** dirigidas a **cuidadores de niñas, niños y adolescentes neurodivergentes**, mediante diferentes modalidades de atención. Estas corresponden a 47 consultas de salud mental presenciales, 54 consultas de salud mental realizadas por videollamada, 13 teleconsultas y 3 egresos, orientadas a brindar apoyo psicoeducativo, contención emocional y acompañamiento en los procesos de cuidado y crianza.

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, 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. Se realiza gestión administrativa de los casos y se elaboran planes de acciones individuales según necesidad del usuario.

Firma:

CALENDARIO DE ACTIVIDADES MES ABRIL

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
		01	02	03
		<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>		
06	07	08	09	10
<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>		
13	14	15	16	17
<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>		
20	21	22	23	24
<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>		
27	28	29	30	
<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">08:30-12:30 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (6 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">15:00-20:00 Atención de Cuidadores de NNA NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN) COORDINACIÓN (20MIN)</p>		