

CONSTANZA ATALIA SAA PAILEMILLA

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 13

RUT

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

Fecha: 01 de Junio 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 MAYO EQUIPO NEURODIVERGENTE	1.293.573
Total Honorarios: \$:	1.293.573
15.25 % Impto. Retenido:	197.270
Total:	1.096.303

Fecha / Hora Emisión: 22/05/2026 09:50



201631110001388F04F8

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.

11202605220950

Fecha / Hora Impresión: 22/05/2026 09:50



MEMORANDUM N°84/2026

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

A : DAMARIA JIMENEZ UGALDE
DIRECTOR (s)
DIRECCIÓN DE SALUD

MAT : CERTIFICADO DE PAGO CONSTANZA SAA PAILEMILLA

PADRE HURTADO, 29 MAYO DEL 2026

Por medio del presente, Certifico a usted, conformidad de los servicios prestados durante el mes de mayo del 2026, por Constanza Saa Pailemilla 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


DAMARIA JIMENEZ UGALDE
DIRECTOR (s)
DIRECCIÓN DE SALUD


NATALIA HERRERA RIVEROS
REFERENTE DEL BIENESTAR INFANTO JUVENIL
DIRECCIÓN DE SALUD

NHR/ dju

Distribución:

- Archivo Dirección de Salud

CESFAM JUAN PABLO II

INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

Datos	Antecedentes
Nombre Completo	Constanza Atalia Saa Pailemilla
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	Mayo 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 alcometido según contrato	X	
3.-Calendario de horas realiza o cometidosrealizados	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 MAYO 2026

Yo, **Constanza Saa Pailemilla**, durante el período correspondiente al mes de **mayo 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 08 ; así como 100 intervenciones terapéuticas individuales y 06 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:

Constanza Saa Pailemilla

CALENDARIO DE ACTIVIDADES MAYO 2026

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
				01 FERIADO	02 09:00 -14:00 Aplicación WISC-5 de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)
04 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	05	06	07 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	08 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	09 09:00 -14:00 Aplicación WISC-5 de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)
11 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	12	13	14 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	15 09:00-11:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (04 CUPOS DE 40 MIN) Jornada de autocuidado	16 09:00 -14:00 Aplicación WISC-5 de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)
18 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	19	20	21 FERIADO	22 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	23 09:00 -14:00 Aplicación WISC-5 de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)
25 14:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (09 CUPOS DE 40 MIN)	26	27	28 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	29 09:00-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (15 CUPOS DE 40 MIN)	30 BAJO CONTROL