

LEILA RUTH FERREIRA SOLORZA

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N° 116

RUT

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

Fecha: 01 de Junio de 2026

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

Rut: 69.261.400- 3

Por atención profesional:

HONORARIOS MAYO PROGRAMA DE ALCOHOL Y DROGAS 39 HORAS	1.170.000
Total Honorarios: \$:	1.170.000
15.25 % Impto. Retenido:	178.425
Total:	991.575

Fecha / Hora Emisión: 01/06/2026 15:52



2287034000116567DFD7

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.

11202606011552

Fecha / Hora Impresión: 01/06/2026 15:52



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



ORD : N° 421 / 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, 01 de junio 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 **mayo de 2026**, por **Leila Ferreira Solorza**, cédula de identidad N° _____ 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 SIGHEI
ENCARGADA P. 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	Mayo 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 realiza o cometidos Realizados	X	
Observaciones		

Descripción de actividades o labores contratadas.

COMETIDO

Durante el mes de mayo 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 lunes a jueves de 17:30 – 20:30 horas, viernes 17:30-16:30 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 MAYO

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
04 al 08	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	12
11 al 15	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	9
18 al 22	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	9
25 al 29	Atención presencial, consultas de ingreso y control de salud mental de usuarios adolescentes y adultos.	9

FIRMA