REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 03 de mayo de 2024.-
DECRETO ALC. Nº 4.010/2024.-

VISTOS: La Constitución Política de la República; Ley Nº 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley Nº 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Resolución N° 6 del año 2019, de la Contraloría General de la República, fija normas sobre exención del trámite de toma de razón de las materias de personal que se indican; Dictámenes de Contraloría General de la República E173171N22, E261743N22, E288160N22 y E296951N23, N° E414597N23; Decreto Alcaldicio N° 2.494/21 de fecha 29 de Junio de 2021, mediante el cual se nombra a don Patricio Ferreira Rivera como Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio; Decreto Alcaldicio 3.650/22 de fecha 08 de julio de 2022, mediante el cual se establece orden de subrogación del Alcalde; Decreto Alcaldicio N° 5.304/21 de fecha 21 de Diciembre de 2021, mediante el cual se aprueba "Procedimiento de Contratación y pago de Honorarios Sector Salud", **"Programa Municipal de Salud N° 003/2024, Continuidad de la Atención y Buen Servicio Centros de Atención Primaria de Salud Municipal 2024",** aprobado con Decreto Alcaldicio N° 9.125/2023 de fecha 13 de diciembre de 2023.

CONSIDERANDO:

Primero: Que, de acuerdo a lo dictaminado por Contraloría General de la República, en los E173171N22, E261743N22, E288160N22 y E296951N23, que refieren a la evolución que presentó la jurisprudencia administrativa de Contraloría General de la República, en relación a la contratación de prestadores a honorarios en el sector salud municipal, concluyendo que "se tendrán por cometidos específicos los servicios que se presten por las personas contratadas en: c) Programas o actividades específicos del sector de salud municipal".

Segundo: Que, de acuerdo con el artículo 36 de la Ley N°21.389, en relación con lo dictaminado por Contraloría General de la República en el Dictamen N° E414597N23, se establece que es obligación de todo órgano de la administración del Estado consultar en el Registro, si la persona que se pretende contratar, **incluidos los prestadores de servicios a honorarios** de que se trata, cuentan con una inscripción vigente en calidad de deudor de alimentos. De ser así, la institución respectiva deberá requerir al interesado su autorización, como condición habilitante para su contratación o renovación, a fin de retener y pagar directamente al alimentario el monto de las futuras pensiones de alimentos, más el recargo que señala.

Tercero: Que, habiendo cumplido con el imperativo legal contemplado en la citada legislación, en atención a **Memorándum N°3.934/2024 de fecha 03 de mayo de 2024**, del Director Servicios Traspasados, mediante el cual solicita decretar en calidad de honorario a la siguiente profesional, para que preste servicios en la ejecución del referido Programa.

DECRETO:

1.- Regularícese, Apruébese y Ratifíquese el Contrato a base de honorario, suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO** y la siguiente persona, para que preste servicio en el marco del Convenio de Ejecución denominado **"Programa Municipal de Salud N° 003/2024, Continuidad de la Atención y Buen Servicio Centros de Atención Primaria de Salud Municipal 2024" continuidad del convenio CECOSF El Boro,** en las fechas que se detallan, sin perjuicio de la facultad del Municipio de ponerle término anticipado por razones de buen servicio, mediante aviso escrito dado con cinco días de anticipación, sin derecho a reclamo ni indemnización de parte de los contratados:

REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 03 de mayo de 2024.-
DECRETO ALC. Nº 4.010/2024.-

MONTO FIJO:

RUT	:	
Nombre	:	**Moira Alexandra Contreras González**
¿Se adjunta certificado de antecedentes útil para el ingreso a la Administración Pública?	:	**Si**
Modalidad	:	**A suma alzada**
Naturaleza de los servicios	:	**Personal con tareas de duración acotadas**
Descripción de las Funciones	:	**Enfermera - CECOSF El Boro**
Labor	:	**Cometido Especifico**
Carácter	:	**Profesional**
Situación del Contrato	:	**Sin relación con el Estado**
Periodo	:	**24 de abril del 2024 hasta el 31de julio de 2024**
Jornada	:	**22 jornada completa**
Horario	:	**Lunes a viernes 16:48 horas – 20:00 horas**
		S: 08:00 horas – 14:00 horas
Periodo de pago (monto pactado y/o proporcional)	:	**$ 704.000 (164.267 proporcional mes de abril)**
Dependencia de desempeño	:	**CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo- CECOSF El Boro**
Beneficios	:	**Remuneraciones, Permisos, Feriado y aguinaldo**
¿Excede del 10% del gasto de remuneraciones de la planta municipal?	:	**No**
¿El cometido fue aprobado por el Concejo?	:	**No**
¿Es tercer año consecutivo en que ha contrato a esta persona para realizar la misma labor?	:	**No**

2.-Los honorarios a pagar por dichos servicios, ascenderá a la suma bruta detallada en la Tabla anterior, menos la retención legal de impuestos vigente para el correspondiente periodo de contratación, debiendo retener, además, el monto correspondiente a la pensión de alimentos, sumado al recargo legal correspondiente, en caso que sea procedente. Éstos se pagarán por mes vencido y una vez recepcionado, previa emisión y presentación de la respectiva boleta de honorarios visada conforme por la Dirección de Servicios Traspasados, presentación de informe de gestión mensual.

3.- Por razones impostergables de buen servicio, la prestadora suministrará sus servicios aún antes de la completa tramitación del presente Decreto.

4.- Encárguese al Departamento de Salud, la correcta fiscalización de los servicios que por este acto se contratan.

5.- Encargase al Encargado de la Unidad de Gestión de Personas el correcto y oportuno pago

Alto Hospicio, 03 de mayo de 2024.-
DECRETO ALC. Nº 4.010/2024.-

de los montos ya individualizados.

6.- La Oficina de Salud deberá imputar los gastos con cargo a la **cuenta N° 215.21.03.001.003 y en caso de exceso, con cargo a la cuenta N° 215.21.03.999.999.999,** del Presupuesto de Salud Municipal vigente.

7.- Encárguese a la Unidad de Personal, el correcto envío a toma de registro electrónico vía plataforma SIAPER, dentro de los próximos 15 días hábiles contados desde la fecha del presente Decreto Alcaldicio.

Fdo. Don Patricio Elías Ferreira Rivera, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza a Don José Valenzuela Díaz, Secretario Municipal. Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe. -

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
DIRECTOR DE CONTROL

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECRETARIO MUNICIPAL

JOSÉ VALENZUELA DÍAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

Sección: Oficina de Salud
AAC/rdm
Distribución:
Contraloría Regional
Servicios Traspasados
Interesado/a

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO Tenemos mejor proyecto de vida Multicultural	Red de Atención Primaria de Salud Municipal Alto Hospicio	MEMORÁNDUM N°: 3.934/2024 FECHA: 03 de mayo de 2024 MAT.: Solicita contratos a honorarios PÁGINA: Página 1 de 2

DE : OSVALDO ZENTENO PINTO
DIRECTOR SERVICIOS TRASPASADOS
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

A : NORMA CÓRDOVA CORREA
DIRECTORA DE ASESORÍA JURÍDICA
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Junto con saludar, por intermedio del presente, **solicito a Ud., tenga a bien decretar** lo siguiente:

VISTOS: La Constitución Política de la República; Ley Nº 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley Nº 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Resolución N° 6 del año 2019, de la Contraloría General de la República, fija normas sobre exención del trámite de toma de razón de las materias de personal que se indican; Dictámenes de Contraloría General de la República E173171N22, E261743N22, E288160N22 y E296951N23, N° E414597N23; Decreto Alcaldicio N° 2.494/21 de fecha 29 de Junio de 2021, mediante el cual se nombra a don Patricio Ferreira Rivera como Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio; Decreto Alcaldicio 3.650/22 de fecha 08 de julio de 2022, mediante el cual se establece orden de subrogación del Alcalde; Decreto Alcaldicio N° 5.304/21 de fecha 21 de Diciembre de 2021, mediante el cual se aprueba "Procedimiento de Contratación y pago de Honorarios Sector Salud", **"Programa Municipal de Salud N° 003/2024, Continuidad de la Atención y Buen Servicio Centros de Atención Primaria de Salud Municipal 2024"**, aprobado con Decreto Alcaldicio N° 9.125/2023 de fecha 13 de diciembre de 2023.

CONSIDERANDO:

Primero: Que, de acuerdo a lo dictaminado por Contraloría General de la República, en los E173171N22, E261743N22, E288160N22 y E296951N23, que refieren a la evolución que presentó la jurisprudencia administrativa de Contraloría General de la República, en relación a la contratación de prestadores a honorarios en el sector salud municipal, concluyendo que "se tendrán por cometidos específicos los servicios que se presten por las personas contratadas en: c) Programas o actividades específicos del sector de salud municipal".

Segundo: Que, de acuerdo con el artículo 36 de la Ley N°21.389, en relación con lo dictaminado por Contraloría General de la República en el Dictamen N° E414597N23, se establece que es obligación de todo órgano de la administración del Estado consultar en el Registro, si la persona que se pretende contratar, **incluidos los prestadores de servicios a honorarios** de que se trata, cuentan con una inscripción vigente en calidad de deudor de alimentos. De ser así, la institución respectiva deberá requerir al interesado su autorización, como condición habilitante para su contratación o renovación, a fin de retener y pagar directamente al alimentario el monto de las futuras pensiones de alimentos, más el recargo que señala.

Tercero: Que, habiendo cumplido con el imperativo legal contemplado en la citada legislación, en atención a **Memorándum N°3.934/2024 de fecha 03 de mayo de 2024**, del Director Servicios Traspasados, mediante el cual solicita decretar en calidad de honorarios al siguiente profesional, para que preste servicios en la ejecución del referido Programa.

DECRETO:

1.- Apruébese y Ratifíquese el Contrato a base de honorario, suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO** y la siguiente persona, para que preste servicio en el marco del Convenio de Ejecución denominado **"Programa Municipal de Salud N° 003/2024, Continuidad de la Atención y Buen Servicio Centros de Atención Primaria de Salud Municipal 2024" continuidad del convenio CECOSF El Boro,** en las fechas que se detallan, sin perjuicio de la facultad del Municipio de ponerle término anticipado por razones de buen servicio, mediante aviso escrito dado con cinco días de anticipación, sin derecho a reclamo ni indemnización de parte de los contratados:

MONTO FIJO:

RUT	:	**20.248.119-1**
Nombre	:	**Moira Alexandra Contreras González**
¿Se adjunta certificado de antecedentes útil para el ingreso a la Administración Pública?	:	**Si**
Modalidad	:	**A suma alzada**
Naturaleza de los servicios	:	**Personal con tareas de duración acotadas**
Descripción de las Funciones	:	**Enfermera - CECOSF El Boro**
Labor	:	**Cometido Especifico**
Carácter	:	**Profesional**
Situación del Contrato	:	**Sin relación con el Estado**
Periodo	:	**24 de abril del 2024 hasta el 31de julio de 2024**
Jornada	:	**22 jornada completa**
Horario	:	**Lunes a viernes 16:48 horas – 20:00 horas** **S: 08:00 horas – 14:00 horas**
Periodo de pago (monto pactado y/o proporcional)	:	**$ 704.000 (164.267 proporcional mes de abril)**
Dependencia de desempeño	:	**CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo- CECOSF El Boro**
Beneficios	:	**Remuneraciones, Permisos, Feriado y aguinaldo**
¿Excede del 10% del gasto de remuneraciones de la planta municipal?	:	**No**
¿El cometido fue aprobado por el Concejo?	:	**No**
¿Es tercer año consecutivo en que ha contrato a esta persona para realizar la misma labor?	:	**No**

2.-Los honorarios a pagar por dichos servicios, ascenderá a la suma bruta detallada en la Tabla anterior, menos la retención legal de impuestos vigente para el correspondiente periodo de contratación, debiendo retener, además, el monto correspondiente a la pensión de alimentos, sumado al recargo legal correspondiente, en caso que sea procedente. Éstos se pagarán por mes vencido y una vez recepcionado, previa emisión y presentación de la respectiva boleta de honorarios visada conforme por la Dirección de Servicios Traspasados, presentación de informe de gestión mensual.

3.- Por razones impostergables de buen servicio, la prestadora suministrará sus servicios aún antes de la completa tramitación del presente Decreto.

4.- Encárguese al Departamento de Salud, la correcta fiscalización de los servicios que por este acto se contratan.

5.- Encargase al Encargado de la Unidad de Gestión de Personas el correcto y oportuno pago de los montos ya individualizados.

6.- La Oficina de Salud deberá imputar los gastos con cargo a la **cuenta N° 215.21.03.001.003 y en caso de exceso, con cargo a la cuenta N° 215.21.03.999.999.999,** del Presupuesto de Salud Municipal vigente.

7.- Encárguese a la Unidad de Personal, el correcto envío a toma de registro electrónico vía plataforma SIAPER, dentro de los próximos 15 días hábiles contados desde la fecha del presente Decreto Alcaldicio.

Sin otro particular, se despide atentamente de Usted.

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO * DIRECTOR SERVICIOS TRASPASADOS *

OSVALDO ZENTENO PINTO
DIRECTOR SERVICIOS TRASPASADOS
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

OZP/ega/sdg/control/finanzas/dpb/rdm

ANTECEDENTES GENERALES	N	33
	CALIDAD JURÍDICA	MF
	RUN	20248119-1
	NOMBRE	MOIRA ALEXANDRA CONTRERAS GONZÁLEZ
	PROFESIÓN	ENFERMERA
	CATEGORÍA	B
	REGISTRO PRESTADORES SUPERINTENDENCIA	797499
	JEFE DIRECTO	LUIS CASTILLO TICUNA
	RESPONSABLE PROCESO HONORARIOS	CRISTOFER ARAYA CHAPARRO
	FECHA INGRESO	24/04/2024
MONTO FIJO	HORAS	22
	REMUNERACIÓN	704,000
	CONVENIO	P3: CECOSF EL BORO
	REXA/REAF/DA	9125/2023
	RECINTO	CPPM
	HORARIO INGRESO	L-V 16:48:00 SAB 08:00
	HORARIO SALIDA	L-V 20:00:00 SAB 14:00
	FECHA DE TÉRMINO CONTRATO	31-07-2024
	N°DECRETO	[redacted]
	FECHA INICIO	-

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO "Nuestro mejor proyecto de Vida" Multicultural	Red de Atención Primaria de Salud Municipal Alto Hospicio	**MEMORÁNDUM N°: 2.961/2024** **FECHA:** 02 de abril de 2024 **REF.:** No aplica **MAT.:** Solicita V°B° contratación **PÁGINA:** Página 1 de 1

V°B° ALCALDE

DE : OSVALDO ZENTENO PINTO
DIRECTOR SERVICIOS TRASPASADOS
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

A : PATRICIO ELÍAS FERREIRA RIVERA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Junto con saludar y por intermedio del presente, se adjunta **ficha de postulación** al cargo de **Enfermera,** en calidad de **Honorario**, para la cual la comisión de salud propone a doña **Moira Alexandra Contreras González,** RUT: 20.248.119-1, como la candidata más idónea frente a las exigencias del cargo.

Se destaca que el proceso de pre-selección, cuenta con un postulante (se adjuntan currículum). Dicho proceso fue realizado por la comisión evaluadora, compuesta por Glen Lizardi Flores (Director (S) CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo), Luis Catillo Ticuna (Gestor Ciclo Vital CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo), Cristofer Araya Chaparro (Encargado Proceso de Honorarios CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo).

Sin otro particular, se despide atentamente de Usted,

OSVALDO ZENTENO PINTO
DIRECTOR SERVICIOS TRASPASADOS
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

OZP/ega/control/sdg/dpo/rdm

PRESTADORES DE SERVICIOS - HONORARIOS

FICHA DE POSTULACIÓN - DEPTO. DE SERVICIOS TRASPASADOS - OFICINA DE SALUD

REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE CUPO DISPONIBLE - SECCION EXCLUSIVA UNIDAD GESTIÓN DE PERSONAS

[ ] Cupo Disponible [ ] Cupo No Disponible

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- [x] Curriculum
- [x] Fotocopia Cédula Identidad
- [x] Certificado de Nacimiento
- [x] Consulta Inhabilidades para trabajar con menores de edad
- [x] Certificado Antecedentes Público
- [x] Certificado Estudios/Titulo
- [x] Declaración Jurada
- [x] Autorizacion Registro Civil
- [x] Certificado Prestador Individual
- [ ] Certificado No Deuda Alimentos

CONTRATACIÓN HONORARIOS

Convenio:	**P3: CECOSF EL BORO**
Profesión/cargo:	Enfermera
EUNACOM: (Solo médicos)	SI [ ] NO [x]
Jefe Directo:	Luis Castillo Ticuna
Recinto	CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo

[x] **Monto Fijo**

Monto Bruto	Hrs.
704.000	22

[ ] **Por hora (Variable)**

Monto Bruto	
L-V	
S-D-F	

[ ] **Por día (turno)**

Monto Bruto

[ ] **Por servicio (Prestación)**

Monto Bruto

PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO:

FECHA DE INICIO: Desde V° B° del Alcalde **FECHA DE TÉRMINO:** 31-07-2024

TIPO DE PROCESO *(Se deben adjuntar los antecedentes)* **:**

- [x] **Cerrado** ***(Mediante Recomendaciones)***
- [ ] **Abierto (Mediante Públicaciones)**
- [x] **Candidato Único**
- [ ] **Candidados Múltiples**

COMISIÓN EVALUADORA:

NOMBRE:	Glen Lizardi Flores	**CARGO:**	**Director** CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo	**FIRMA:**	
NOMBRE:	Luis Catillo Ticuna	**CARGO:**	**Gestor Ciclo Vital** CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo	**FIRMA:**	
NOMBRE:	Cristofer Araya Chaparro	**CARGO:**	**Encargado Proceso de Honorarios** CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo	**FIRMA:**	

INFORMACIÓN POSTULANTES:

N°	NOMBRE	RUT	F. NAC.	PROFESIÓN/CARGO
1	Moira Alexandra Contreras González	20248119-1	16-08-1999	Enfermera

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y CUADRO COMPARATIVO (ESCALA DE 1 A 7):

N°	NOMBRE	Estudios	Experiencia	Aptitudes para el Cargo	Entrevista Personal	Ponderación Total
		25%	25%	25%	25%	
1	Moira Alexandra Contreras González	7	6	7	7	6,8

CONCLUSIÓN: La comisión evaluadora propone a Moira Alexandra Contreras González

Asesor Jurídico	Encargado de Unidad de Gestión de Personas	Encargado de Finanzas y Presupuestos	Jefe de Salud	Director Servicios Traspasados
			15/4/24	

AUTORIZACIÓN FINAL SR. ALCALDE:

- [x] **ACEPTO**
- [ ] **NO ACEPTO**

ALCALDE

FIRMA Y TIMBRE

Obs: ESTRATEGIA DE EXTENSION

Pasaje salitrera la noria 3764
Alto hospicio, Iquique.
976734566
moiracontreras5@gmail.com

Moira Alexandra Contreras González

HABILIDADES

Escucha empática, comunicación efectiva, trabajo en equipo, gestión de cuidados, vocación innata, respeto al personal sanitario y usuarios, capacidad y aspiración de seguir aprendiendo.

EXPERIENCIA

Atención primaria de salud.

Práctica para formación profesional:

- CESFAM Pedro pulgar de Alto hospicio en el área de atención cardiovascular y control niño sano.

Internado:

- CECOSF la tortuga de Alto hospicio en el área de controles cardiovasculares, control niño sano, PADI, EMPA, toma de muestras y sala de curaciones.

Área Clínica.

Práctica para formación profesional:

- Servicio de medicina adultos.
- servicio de cirugía adultos.
- Servicio de psiquiatría adultos.
- Servicio de pediatría.
- Servicio de urgencias.

Internado:

- 1 mes en cirugía adulto; 2 meses en pediatría en las áreas de medicina, cirugía, aislamiento y lactantes.

ELEAM.

Práctica para formación profesional:

- ELEAM águilas blancas

EDUCACIÓN.

- EDUCACIÓN BÁSICA: Colegio San Antonio de Matilla de primero a sexto básico.
- EDUCACIÓN MEDIA: Educación de séptimo básico a cuarto medio humanista científico.
- EDUCACIÓN SUPERIOR: Universidad Arturo Prat Grado en enfermería.

INFORMACIÓN ADICIONAL.

- Disponibilidad inmediata
- Flexibilidad horaria

RECOMENDACIONES.

- Enfermera servicio de pediatría Sra. Paulina Caques.
  FONO DE CONTACTO:984873958
- Enfermera CECOSF La tortuga Sra. Paula Rojas.
  FONO DE CONTACTO: 999644642

INFORMACIÓN ADICIONAL.

Se anexan los siguientes documentos:

- Certificado de título.
- Certificado de inscripción en el registro nacional de prestadores individuales de salud.

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS
CONTRERAS
GONZÁLEZ
NOMBRES
MOIRA ALEXANDRA
NACIONALIDAD
CHILENA
SEXO
F
FECHA DE NACIMIENTO
16 AGO 1999
NÚMERO DOCUMENTO
519.675.681
FECHA DE EMISIÓN
06 AGO 2019
FECHA DE VENCIMIENTO
16 AGO 2029
FIRMA DEL TITULAR

RUN 20.248.119-1

Nació en: IQUIQUE
Profesión: No Informada

223KB-4F

INCHL519675681 2A13<<<<<<<<<<<<
9908165F2908166CHL20248119<1<0
CONTRERAS<GONZALEZ<<MOIRA<ALEX

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

FOLIO : 500559684752

Código Verificación: 61cbf9731d87

REPUBLICA DE CHILE

500559684752

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : IQUIQUE
Nro. inscripción : 3.240 Registro : Año : 1999
Nombre inscrito : MOIRA ALEXANDRA CONTRERAS GONZÁLEZ

R.U.N. : 20.248.119-1
Fecha nacimiento : 16 Agosto 1999
Sexo : Femenino
Nombre del Padre : HERIBERTO ANDRÉS CONTRERAS MADARIAGA

R.U.N. del Padre : 8.600.350-3
Nombre de la Madre : GLORIA DEL CARMEN GONZÁLEZ ÁLVAREZ

R.U.N. de la Madre : 8.480.363-4

FECHA EMISIÓN: 25 Marzo 2024, 11:21.

Certificado Gratuito

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.

Timbre electrónico SRCel

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION Oficina Internet * CHILE *

Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

REPUBLICA DE CHILE

FOLIO : 500559170811

Código Verificación: bc647f39a5e6

500559170811

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

Válido para FINES PARTICULARES

NOMBRE : MOIRA ALEXANDRA CONTRERAS GONZÁLEZ

R.U.N. : 20.248.119-1 Fecha nacimiento: 16 Agosto 1999

REGISTRO GENERAL DE CONDENAS

R U N	FINES
20248119-1	SIN ANTECEDENTES PARTICULARES

REGISTRO ESPECIAL DE CONDENAS POR ACTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

R U N	FINES
20248119-1	SIN ANOTACIONES PARTICULARES

FECHA EMISIÓN: 21 Marzo 2024, 15:29.

Certificado Gratuito
CERTIFICADO ANTECEDENTES PARA FINES PARTICULARES
Impreso en:
REGION :

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.

Timbre electrónico SRCel

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION Oficina Internet CHILE

Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

UNIVERSIDAD ARTURO PRAT
CHILE

MAURICIO ARTURO OLIVARES AGUILAR
NOTARIO PÚBLICO SUPLENTE
ALTO HOSPICIO

Por cuanto *Moira Alexandra Contreras González*

ha cumplido con los requisitos reglamentarios prescritos por la Universidad para obtener el

Título de *Enfermera*

Grado Académico Licenciado en Enfermería

y ha sido *Aprobado con Distinción Máxima*

se le otorga este diploma en Iquique con fecha *veinte de junio*

del *dos mil veintitres* Registro: *23201594*

Rector

Secretario General

IQUIQUE·CHILE UNIVERSIDAD ARTURO PRAT CHILE DOCENCIA

IQUIQUE·CHILE UNIVERSIDAD ARTURO PRAT CHILE INVESTIGACION

IQUIQUE·CHILE UNIVERSIDAD ARTURO PRAT CHILE VINCULACION

AUTORIZACIÓN AL REVERSO

Universidad
ARTURO PRAT
del Estado de Chile

SECRETARIA GENERAL
OFICINA DE TÍTULOS Y GRADOS

Certificado

Eduardo Pedro Huerta Vera, Secretario General de la Universidad Arturo Prat, certifica:

Que, don(a) ***Moira Alexandra Contreras González,*** *Rut: N° 20.248.119-1, es titulada de esta universidad de acuerdo con lo siguiente:*

Título obtenido: Enfermera O Enfermero.

Grado Académico: Licenciado En Enfermería.

Nota de título: 6,26 - Aprobado con Distinción Máxima.

Fecha de título: 20 de Junio de 2023.

N° de Registro: 23201594.

Se extiende el presente certificado a petición del(a) interesado(a) y, para los fines que estime conveniente.

IQUIQUE, 25 de Agosto de 2023.

EDUARDO PEDRO HUERTA VERA
Secretario General

Código de transacción
2023fabac55f3cf69030f1

Firma Electrónica Avanzada
25 de Agosto de 2023

La validez de este documento está dada por su código de transacción (Ley No19.799). Está permitido fotocopiar este documento si se requiere presentar en más de una institución, empresa o lugar que lo haya requerido.

UNIVERSIDAD ARTURO PRAT
IQUIQUE-CHILE
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN
REGISTRO ACADÉMICO

N° Expediente
Titulación 23201594
(Uso Excl. Unidad de Planif. y Reg Acad.)

Universidad
ARTURO PRAT
del Estado de Chile

CONCENTRACIÓN DE NOTAS

Se certifica que don (a) ***MOIRA ALEXANDRA CONTRERAS GONZÁLEZ, R.U.T. 20.248.119-1***, Estudiante de la **UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**, ingresó el año 2018 y egresó el año 2022, cursó y aprobó todas las actividades curriculares del Plan de Estudio de la Carrera **(2326 - 2014) ENFERMERÍA - LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, aprobado por decreto N° 1041 de fecha 12 de junio del 2014, habiendo obtenido las siguientes calificaciones:

PRIMER NIVEL	NOTA	SEM./AÑO
CIENCIAS BASICAS PARA EL CUIDADO I	5,4	1er.2018
INTRODUCCION A LA CIENCIA DEL CUIDADO	6,4	1er.2018
PROM. SALUD EN ENFER. BAS.CONCEP. Y TEO	6,0	1er.2018
SEGUNDO NIVEL		
CIENCIAS BASICAS PARA EL CUIDADO II	5,0	2do.2018
HAB. COMUN. INTERACION Y EDUC. PARA PROM	6,4	2do.2018
SER HUMANO FAMILIA Y COMUN. COMO CENTR.	6,2	2do.2018
TERCER NIVEL		
CIENCIAS APLICADAS PARA EL CUIDADO	5,0	1er.2019
CUIDADO EN EL DESARROLLO HUMANO	6,1	1er.2019
PROM.EN LA SALUD, PREV.DE LA ENF.EN EL C	6,1	1er.2019
SISTEMAS DE SALUD EN CHILE	6,9	1er.2019
CUARTO NIVEL		
BASES EPIDEM. Y BIOEST. EN ENFERMERIA	6,0	2do.2019
CUID.ENF.ADULTO Y ADULTO MAY. EN PROC. E	5,7	2do.2019
PRINC.BASICOS DE LA ADM.Y GESTIGON CUIDA	6,5	2do.2019
PROM.EN LA SALUD, PREV.ENF.HOM.Y MUJ.ADU	6,0	2do.2019
QUINTO NIVEL		
CUIDADOS DE ENFERMERIA GERONTOLOGICOS	6,3	1er.2020
CUID.ENF.ADULTO Y ADULTO MAY. EN CONTINU	6,2	1er.2020
ELECTIVO GENERAL I : LIDERAZGO, INNOVACIÓN Y EMPRENDIMIENTO	6,7	1er.2020
EMPRENDIMIENTO EN ENFERMERIA	7,0	1er.2020

EDUARDO PEDRO HUERTA VERA
Secretario General

Código de transacción
2023fabac55f3cf69030f1

Firma Electrónica Avanzada
25 de Agosto de 2023

La validez de este documento está dada por su código de transacción (Ley No19.799). Está permitido fotocopiar este documento si se requiere presentar en más de una institución, empresa o lugar que lo haya requerido.

La nota mínima de aprobación es de 4,0 (cuatro, cero) en la escala de notas de 1,0 a 7,0.

El valor del presente certificado esta fijado por el Decreto Exento N° 2885 de fecha 27.12.2018.

25 de Agosto de 2023

EDUARDO PEDRO HUERTA VERA
Secretario General

Código de transacción
2023fabac55f3cf69030f1

Firma Electrónica Avanzada
25 de Agosto de 2023

La validez de este documento está dada por su código de transacción (Ley No19.799). Está permitido fotocopiar este documento si se requiere presentar en más de una institución, empresa o lugar que lo haya requerido.

AUTORIZACIÓN

Yo Moira Contreras González, **RUT:** 20.248.119-1, autorizó a la Municipalidad de Alto Hospicio, RUT: 69.265.100-6, a tramitar ante el Registro Civil de Alto Hospicio, el Certificado de Antecedente para Ingresar a la Administración Pública, Municipal y Semifiscal.

Alexandra

FIRMA Y HUELLA

MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO
Nuestro mejor proyecto de Vida
Multicultural

Red de Atención
Primaria de Salud
Municipal
Alto Hospicio

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE PRESTADORES A HONORARIOS

Alto Hospicio, 02 de abril de 2024 .-

I. IDENTIFICACION.

Nombre Completo	Moira Alexandra Contreras González.
RUT	20.248.119-1
Profesión	Enfermera.
Domicilio	pasaje Salitrera la Noria 3764

II. DECLARACION.

1. Sobre la prestación de Servicios en otras reparticiones públicas (seleccione con una X), declaro lo siguiente:

A) [X] Para los efectos del artículo 5° de la Ley N° 19.896 que modifica al Decreto Ley N° 1.263 de 1975, declaro que **NO** presto servicios en reparticiones públicas.

B) [ ] Para los efectos del artículo 5° de la Ley N° 19.896 que modifica al Decreto Ley N° 1.263 de 1975, declaro que **SI** presto servicios en las siguientes reparticiones públicas:

Nombre de la Repartición Pública	Calidad Jurídica Planta, Contrata, honorarios	Jornada Laboral	Labores contratadas	Duración

2. Sobre contratos vigentes con la Municipalidad de Alto Hospicio (selecciones con una X), declaro lo siguientes:

A) [X] Para los efectos del artículo 5° de la Ley N° 19.896 que modifica al Decreto Ley N° 1.263 de 1975, declaro que **NO** tengo contratos vigentes con proveedores o contratistas y/o con instituciones privadas que tienen convenios para ejecución de proyectos o se les hayan otorgado transferencias por la Municipalidad de Alto Hospicio.

B) [ ] Para los efectos del artículo 5° de la Ley N° 19.896 que modifica al Decreto Ley N° 1.263 de 1975, declaro que **SI** tengo contratos vigentes con proveedores o contratistas y/o con instituciones privadas que tienen convenios para ejecución de proyectos o se les hayan otorgado transferencias por la Municipalidad de Alto Hospicio:

Individualización del contrato	Objeto del contrato	Duración

3. Sobre los requisitos de ingreso a la administración pública:

Declaro bajo juramento que no me afecta alguna de las inhabilidades e incompatibilidades administrativas establecidas en los Artículos 54, 55 y 56 de la Ley 18.575, y que se refieren principalmente a:

- Que no he suscrito por mi o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con la Municipalidad de Alto Hospicio, ni tengo litigios pendientes con la Municipalidad de Alto Hospicio, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de mi cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.

- Que no tengo la calidad de director, administrador, representante y socio titular del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de

sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, o litigios pendientes, con la Municipalidad de Alto Hospicio.

- Que no tengo la calidad de cónyuge, hijo, adoptado o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos de la Municipalidad de Alto Hospicio, hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente, inclusive.

- Que no me encuentro condenado por crimen o simple delito.

Formulo la presente declaración para ser presentada ante organismo e Institución que sea requerida y para los fines legales a que haya lugar, con pleno conocimiento de todas las disposiciones Legales y Reglamentarias que rigen sobre la materia, asumiendo las consiguientes responsabilidades.

4. Igualmente, me comprometo a informar oportunamente al Departamento de Salud de la Municipalidad de Alto Hospicio, respecto de cualquier modificación futura a lo declarado a través del presente.

5. **Finalmente, declaro bajo juramento que estos antecedentes corresponden a la realidad.**

Keira Alexandra Contreras González.
Alexandra 20.248.119-1
NOMBRE COMPLETO
FIRMA - RUT

Obtén aquí certificados gratis de Nacimiento, Matrimonio, Defunción, Antecedentes, Hoja de vida del Conductor e Informe de Cese de Convivencia.
Otros certificados con costo, en caso de no recibir el certificado solicitado, escríbenos a : **Contáctanos** o llama a nuestro Contact Center **600 370 2000.**

Importante: se recuerda que para obtener el certificado de inscripción (padrón) en línea, debe ser el propietario del vehículo con su ClaveÚnica quien debe efectuar solicitud .

Certificados en línea

- Estimado usuario, los datos ingresados no cumplen los requisitos para emitir este certificado.

Aceptar

Información de Trámites

Los más consultados

- Búsqueda de placa patente por RUT
- Certificado de antecedentes
- Certificado de nacimiento
- Certificado de matrimonio
- Certificado de inscripción (padrón)

Acuerdo Unión Civil
Antecedentes penales
Apostilla
Atención en terreno
Banco de datos personales
Bloqueos

Cédula de identidad
Como obtener Clave Única
Convenios
Defunción
Discapacidad
Donación de órganos

Matrimonio
Nacimiento
Personas Jurídicas sin fines de lucro
Pasaporte y documentos de viaje
Posesiones efectivas
Prendas sin Desplazamiento
Registro de Profesionales
Vehículos, multas y conductores

Institución

Quiénes somos
Qué hacemos
Definiciones estratégicas
Director nacional
Directivos
Directores regionales
Trabaja con nosotros
Registro Nacional de Trámites SRCel
Balance de Gestión Integral

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

código validación:
iC0WKMO5P

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD

Certifico que en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud que mantiene esta Superintendencia de Salud, en la forma prevista y por los medios informáticos dispuestos por el Reglamento de los registros de Prestadores Individuales de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 16, de 2007, del Ministerio de Salud, figura, bajo el N° 797499, la siguiente inscripción:

Fecha de registro:	20/09/2023
RUN:	20248119-1
Nombre Completo:	Moira Alexandra Contreras González
Sexo:	Femenino
Nacionalidad:	Chilena
Fecha nacimiento:	16/08/1999

Orden Profesional:

- Enfermero:
Posee título de Enfermero otorgado por la Universidad Arturo Prat emitido el 20/06/2023
- Enfermera:
Posee título de Enfermera otorgado por la Universidad Arturo Prat emitido el 20/06/2023

Otorgado en Santiago, con fecha 04 de Abril de 2024

CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Si ud. desea verificar este certificado, consulte **Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud** en **rnpi.superdesalud.gob.cl** o ingresando el código en **emisorcertificados.superdesalud.gob.cl/ValidacionCertificados/**

Consulta inhabilidades por maltrato relevante

Estimado(a) usuario(a):

El Servicio de Registro Civil e Identificación informa que el Sr.(a):

RUN **20.248.119-1**
NOMBRE **MOIRA ALEXANDRA CONTRERAS GONZÁLEZ**

NO registra inhabilidad para trabajar con personas vulnerables.

Fecha 02-04-2024 16:56 hrs.-

Le recordamos que esta consulta puede realizarla si requiere contratar a la persona para un empleo o cargo ejercido en ámbitos educacionales, de la salud o que involucren una relación directa y habitual con menores de dieciocho años de edad, adultos mayores o personas en situación de discapacidad.
El uso indebido de esta información será; sancionado con una multa de dos a diez Unidades Tributarias Mensuales de acuerdo a la Ley.

REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIVO GENERAL JEFE CHILE

Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (S)

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

REPUBLICA DE CHILE

FOLIO : 700029280566

Código Verificación: ae2ec90d7d3b

700029280566

COMPROBANTE DE NO DEUDA DE ALIMENTOS

IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTADO

R.U.N. : 20.248.119-1

Nombre inscrito : MOIRA ALEXANDRA CONTRERAS GONZÁLEZ

DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

Sin inscripción vigente en el Registro de Deudores de Pensiones de Alimentos.

FECHA EMISIÓN: 2 Abril 2024, 16:56.

Certificado Gratuito
Impreso en:
REGION :

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.

Timbre electrónico SRCel

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION Oficina Internet CHILE

Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

REPUBLICA DE CHILE

FOLIO : 600010947258

Código Verificación: cc0cda18394f

600010947258

INFORME DE ANTECEDENTES

Para ingreso Administración Pública,Municipal y Semifiscal

NOMBRE : MOIRA ALEXANDRA CONTRERAS GONZÁLEZ

R.U.N. : 20.248.119-1 Fecha nacimiento: 16 Agosto 1999

REGISTRO GENERAL DE CONDENAS

R U N	ADMINISTRACION
20248119-1	SIN ANTECEDENTES PUBLICA

REGISTRO ESPECIAL DE CONDENAS POR ACTOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

R U N	ADMINISTRACION
20248119-1	SIN ANOTACIONES PUBLICA

FECHA EMISIÓN: 8 Abril 2024, 13:30

- EXENTO IMPUESTO -
INFORME DE ANTECEDENTES Art. 11 f) Ley 18.834, Art. 10 f) Ley 18.883 y Art. 8 DS 110/79 J
Impreso en: ALTO HOSPICIO
REGION : TARAPACA

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.

Timbre electrónico SRCel

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION ★ CHILE ★ ARCHIVO GENERAL

Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

1800252 RUN : 20248119-1 ?B!ZH=