

MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA
DEPARTAMENTO SALUD

DECRETO N° _____
SECCION Iera.-
LA CISTERNA;

1424/

22 ABR. 2010

VISTO:

1.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

TENIENDO PRESENTE:

1.- Programa de "Reforzamiento de la Atención Odontológica en Atención Primaria Año 2009", la Resolución N° 0833 de fecha 13.05.10 y Decreto Administrativo Municipal N° 2063 de 02.06.2009, la Resolución Exenta N° 2716 de fecha 31 de Diciembre de 2009, del Servicio de Salud Metropolitano Sur que modifica el convenio ampliando el plazo de vigencia hasta el 28 de febrero de 2010, y Decreto Exento N° 0855, de fecha 10 de Marzo de 2010 del Municipio.

2.- El Memorando N° 731, de fecha 23 de Febrero de 2010, mediante el cual el Jefe del Departamento de Salud, solicita la contratación bajo la modalidad honorarios de CATHERINE REYNERO VILLAGRAN, Odontóloga, en el Centro de Salud Eduardo Frei M., y el Memorando N° 923 de 19 de Marzo de 2010, que solicita liberar las disponibilidades presupuestarias comprometidas.

3.- La conformidad otorgada por esta Alcaldía

DECRETO:

CONTRATESE, bajo modalidad honorarios a la persona que se indica.

NOMBRE : CATHERINE REYNERO VILLAGRAN
RUT. : 10.265.357-2
CARGO : Odontóloga
CENTRO DE SALUD : Eduardo Frei M.
FECHA INICIO : 01.01.2010.-
FECHA TERMINO : 28.02.2010.-
REMUNERACION : \$50.000.- Por cada persona de Escasos Recursos y Jefas de Hogar, dada de Alta con atención Odontológica Integral, con un máximo de 39 Altas Integral, ingresadas a tratamiento dentro del periodo de contratación de personas de 60 años.
ITEM : 2152104004
CONVENIO : Programa de Reforzamiento de la Atención Odontológica en Atención Primaria Año 2009, aprobado mediante Resolución Exenta N° 2716 de fecha 31 de Diciembre de 2009, del Servicio de Salud Metropolitano Sur.-
OBSERVACION : El pago se efectuará, por las prestaciones efectivamente realizadas paciente dado de Alta Integral, respaldado por un informe detallando el tratamiento efectuado, el consentimiento informado y conformidad bajo firma del paciente tratado, informe de asistencia visado por la Jefa del Programa Odontológico, del Director del Establecimiento o Jefe del Dpto. de Salud, enviado conjuntamente con la boleta de prestación de Servicios al Departamento de Salud.

ANOTESE Y COMUNIQUESE

PATRICIO ORELLANA FERRADA
SECRETARIO MUNICIPAL

SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO
ALCALDE