

**MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA
DEPARTAMENTO DE SALUD**

DECRETO N°
SECCION 1era.-
LA CISTERNA,

1543

26 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 Memorandum N° 729 de fecha 23 de Febrero de 2010, del Jefe del Departamento de Salud, mediante el cual solicita contratación bajo modalidad honorarios de **OSVALDO OLEA GARAY**, Odontólogo, en el Centro de Salud Santa Anselma 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:

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

NOMBRE : **OSVALDO OLEA GARAY**
RUT. : 5.914.339-5
CARGO : Odontólogo
CENTRO DE SALUD : Santa Anselma.
FECHA INICIO : 01.01.2010.-
FECHA TERMINO : 28.02.201.-
REMUNERACION : \$50.000.- Por cada persona de Escasos Recursos y Jefas de Hogar, dada de Alta con atención Odontológica Integral, con un máximo de 50 Altas Integral, ingresadas a tratamiento dentro del periodo de contratación a 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 : Dicho 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.

ANÓTESE Y COMUNIQUESE,



PATRICIO ORELLANA FERRADA
SECRETARIO MUNICIPAL



SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO
ALCALDE