

**MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA  
DEPARTAMENTO DE SALUD.**

DECRETO N° 1608 /  
SECCION 1era.-  
LA CISTERNA,

29 ABR. 2010

**VISTO:**

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

**TENIENDO PRESENTE:**

1.- El Programa de "Resolutividad en Atención Primaria, Año 2009", aprobado mediante Resolución Exenta N° 0837 de fecha 13.05.2009, del Servicio de Salud Metropolitano Sur, y Decreto Exento N° 2065 de fecha 02.06.2009 que aprueba dicho convenio, la Resolución Exenta N° 2705 de fecha 31.12.2009, del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que aprueba convenio modificatorio, ampliando la vigencia del convenio, hasta el 28 de febrero de 2010, y Decreto Exento N° 0849, de fecha 10.03.2010 del Municipio, que aprueba dicha modificación y prórroga por Decreto Ex.0319 de 22.01.2010.-

2.- El Memorándum N° 730 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 los Memorandos N° 1.124 de fecha 20.04.2010 que modifica número de altas integrales y el 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 20 Altas Integrales.

ITEM : 2152104004  
CONVENIO : Programa de Resolutividad en Atención Primaria, Año 2009".

**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.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE,**



**PATRICIO ORELLANA FERRADA**  
SECRETARIO MUNICIPAL



**SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO**  
ALCALDE