

**MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA
DEPARTAMENTO SALUD.**

DECRETO N° 1610/
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 Memorando N° 732, 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 7 Altas Integrales, ingresadas a tratamiento dentro del periodo de contratación.

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

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 REBOLEDO PIZARRO
ALCALDE