

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

**1246**

DECRETO N° \_\_\_\_\_/  
CONTRATO HONORARIOS  
Sección 1era.-  
LA CISTERNA. 22 MAR 2012

**VISTOS:**

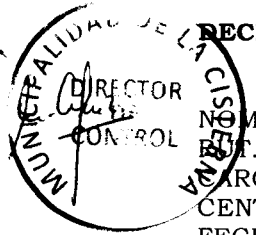
Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

**TENIENDO PRESENTE:**

- 1.- El Convenio denominado "**Programa de GES Odontológico Integral, Año 2011**" aprobada por Resolución Ex. N° 861 de 17.05.2011, y la Resolución Ex. N° 2.734 del 30.12.2011 de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que aprueba prórroga de convenio, y la aprobación del Decreto Ex. N° 0424 de fecha 02.02.2012.- de este Municipio.-
- 2.- El memorando N° 16 de fecha 02 de enero de 2012 de Alcaldía, y el Memorando N° 143, de fecha 30 de Diciembre de 2011, de la Jefa del Departamento de Salud, mediante el cual solicita contratación bajo modalidad honorarios de **ROSA MARTINEZ SILVA**, en el Centro de Salud Santa Anselma.-
- 3.- La conformidad otorgada por esta Alcaldía.

**DECRETO:**

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

  
NOMBRE : **ROSA MARTINEZ SILVA.-**  
CARGO : Auxiliar Dental.-  
CENTRO DE SALUD : Santa Anselma.-  
FECHA DE INICIO : 01.01.2012.-  
FECHA DE TERMINO : 30.04.2012.-  
REMUNERACIÓN : \$12.000.- Por paciente dado de alta integral por el Odontólogo, respaldado por un informe técnico, informe de asistencia e informe de desempeño de la prestadora visado por el Odontólogo, la jefe de Programa Odontológico el director del establecimiento y/o Jefe de Departamento, **el máximo será de 20 altas Integrales**, a personas (mujeres y hombres) de escasos recursos y altas SERNAM, usuarios del Centro, desarrollará sus funciones los Lunes de 17:00 a 20:00 horas, por el periodo de contratación. Que, al 31 de marzo de 2012, el(a) prestador(a) se compromete a tener terminado el 85% de las Altas establecidas en el contrato de honorarios.  
ITEMS : 2152104004.-

**CONVENIO: "Programa de GES Odontológico Integral, Año 2011"**

**OBSERVACION:** Dicho pago se efectuará, previo informe visado conforme por el Jefe del Programa Odontológico, por la Dirección del Centro de Salud y Jefe del Departamento de Salud.-

**NOTESE Y COMUNIQUESE,**

  
**PATRICIO ORELLANA FERRADA**  
SECRETARIO MUNICIPAL.-

  
**SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO.-**  
ALCALDE.-