

**MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

000637

DECRETO N° \_\_\_\_\_/

ALCALDICO.-  
LA CISTERNA,

13 FEB. 2015

**VISTO:**

1.- 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 Adulto, año 2.015**", convenio que se encuentra en trámites de confección en la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

2.- El Memorando N° 060, de fecha 8 de Enero de 2.015, de la Jefa del Departamento de Salud, mediante el cual solicita contratación bajo modalidad honorarios de **VALERIA JOHANNA ALBARRAN ESPINOZA**, quien se desempeñará como Odontólogo en la Clínica Dental del Departamento de Salud.

3.- La conformidad otorgada por esta Alcaldía.-

**DECRETO :**

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

NOMBRE : **VALERIA JOHANNA ALBARRAN ESPINOZA**

RUT. \_\_\_\_\_

CARGO : Odontólogo

CENTRO DE SALUD : CLINICA DENTAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.

FECHA INICIO : 01.01.2015.-

FECHA TERMINO : 31.12.2015.-

REMUNERACION : **\$ 190.000.-**, Monto bruto por cada alta integral de la Etapificación IV,V,VI, el máximo de altas integrales será de **100 altas integrales**, a personas de 60 años, durante el periodo de contratación. Los beneficiarios a atender serán derivadas del Odontólogo contralor de los Centros de Salud. La prestadora desarrollará sus funciones de Lunes a Viernes, de 17:00 a 20:00 horas y Sábado de 08:00 a 15:00 horas.

ITEM : 2152211999008.-

**CONVENIO** : "**Programa de GES Odontológico Adulto, año 2.015**", convenio que se encuentra en trámites de confección en la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

**OBSERVACION:** El pago se hará por las prestaciones efectivamente realizadas, respaldado por un informe que especifique los días y horarios trabajados, detallando el tratamiento efectuado mediante planilla rutificada que se adjunta con el consentimiento informado y conformidad bajo firma del paciente tratado, supervisado y visado por el Odontólogo contralor del Centro de Salud, encargado del programa y la Jefa del Departamento de Salud.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE.**

  
**RICARDO ORTIZ MANZUL**  
SECRETARIO MUNICIPAL(S)

  
**MANUEL LEON ITURRIETA**  
ALCALDE(S)

MLI/ROM/MCVO/ada-