

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

DECRETO N° 1607 /  
Sección Iera.-  
LA CISTERNA. 29 ABR. 2010

**VISTOS :**

- 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 de Mayo de 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 Memorandum N° 725, de fecha 23 de Febrero de 2010, mediante el cual el Jefe del Departamento de Salud, solicita la contratación bajo la modalidad honorarios de JOSE ANGEL MARTINEZ VILLAMIL, Odontólogo, 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:**

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

**NOMBRE** : JOSE ANGEL MARTINEZ VILLAMIL  
**RUT.** : 14.648.373-9.-  
**CARGO** : Odontólogo  
**CENTRO DE SALUD** : Eduardo Frei M.  
**FECHA DE INICIO** : 01.01.2010.-  
**FECHA DE TERMINO** : 28.02.2010.-  
**REMUNERACIÓN** : \$50.000.- Por cada persona dados de Alta con atención Odontológica Integral, con un máximo de 3 Altas Integral, ingresadas a tratamiento dentro del periodo de contratación.

**ITEMS** : 2152104004.-

**CONVENIO** : "Programa de Resolutividad en Atención Primaria, Año 2009"

**OSERVACIONES** : Dicho Pago se efectuará, por las prestaciones efectivamente realizadas, respaldado por un informe que especifique los días y horarios trabajados, detallando el tratamiento efectuado, el consentimiento informado y conformidad bajo firma del paciente tratado, supervisado y visado conforme por la Jefa del Programa Odontológico, por la Dirección del Centro de Salud, y el Jefe del Dpto. de Salud, conjuntamente con su respectiva boleta honorarios.

**ANOTESE COMUNIQUESE**

**PATRICIO ORELLANA FERRADA**  
SECRETARIO MUNICIPAL

**SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO**  
ALCALDE