

SECCION 1era.-
LA CISTERNA, 06 JUN. 2013

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 2.013**", convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°0461 de fecha 08 de Marzo de 2.013, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Decreto Exento N°1.291, de fecha 21 de Marzo de 2.013, del municipio.

2.- El Memorando N° 1049, de fecha 29 de Abril de 2.013, de la Jefa del Departamento de Salud, mediante el cual solicita contratación bajo modalidad honorarios de **MAURICIO PULIDO ABRIL**, 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 : **MAURICIO PULIDO ABRIL**
RUT. : **[REDACTED]**
CARGO : Odontólogo
CENTRO DE SALUD : DEPTO. DE SALUD, CLINICA DENTAL
FECHA INICIO : 01.05.2.013
FECHA TERMINO : 31.12.2013
REMUNERACION : **\$180.000** Monto bruto por cada alta integral de la Etapificación IV, V, VI, el máximo de altas integrales será de 130 altas integrales, a personas de 60 años, con un rendimiento de 20 altas mensuales y haber efectuado al 30 de agosto de 2.013, un mínimo de 60 altas integrales, que serán derivadas del Odontólogo contralor del Centro de Salud. El prestador desarrollará sus funciones los días Lunes de 08:00 a 14:00 horas y Jueves de 08:00 a 20:00 horas

ITEM : 2152211999008.-

CONVENIO : "**Programa de GES odontológico Adulto, año 2.013**", convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°0461 de fecha 08 de Marzo de 2.013, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Decreto Exento N°1.291, de fecha 21 de Marzo de 2.013, del municipio.

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 el Jefe del Departamento de Salud.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,

PATRICIO ORELLANA FERRADA
SECRETARIO MUNICIPAL



SANTIAGO EBOLLEDO PIZARRO
ALCALDE