

**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° 1108, de fecha 07 de Mayo de 2.013, de la Jefa del Departamento de Salud, mediante el cual solicita contratación bajo modalidad honorarios de **CLAUDIA ANDREA FERNANDEZ VARGAS**, quien se desempeñará como **Odontólogo** en la Centro de Salud Santa Anselma.

3.- La conformidad otorgada por esta Alcaldía.-

**DECRETO :**

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

**NOMBRE : CLAUDIA ANDREA FERNANDEZ VARGAS**

**RUT. :** [REDACTED]  
**CARGO :** Odontólogo  
**CENTRO DE SALUD :** Santa Anselma  
**FECHA INICIO :** 01.05.2013  
**FECHA TERMINO :** 31.12.2013

**REMUNERACION :** El pago de los honorarios será por altas, de la siguiente forma:

Tipo I: \$15.000.-

Tipo II: \$25.000.-

Tipo III: \$35.000.-

Tipo IV: \$15.000.- Función Contralor

Tipo V: \$15.000.- Función Contralor

Tipo VI: \$15.000.- Función Contralor

El funcionario desarrollará sus actividades, los días Mates de 17:00 a 20:00 horas y Sábado de 08:30 a 12:30 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, el consentimiento informado y conformidad bajo firma del paciente tratado, supervisado y visado por la Jefe del Programa Odontológico, por la Dirección del Centro de Salud y la Jefa del Departamento de Salud.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE,**

**PATRICIO ORELLANA FERRADA**  
SECRETARIO MUNICIPAL



**MANUEL DEON ITURRIETA**  
ALCALDE(S)