

**MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA
DEPARTAMENTO DE SALUD**

DECRETO N° _____/

**SECCION 1era.-
LA CISTERNA,**

30 MARZO 2014

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 2.014**", convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°2930, de fecha 31 de Diciembre de 2.013, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Decreto Exento N°457 del 05 de Febrero de 2.014, de Municipio.

2.- El Memorando N° 963, de fecha 03 de Abril de 2.014, 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 : [REDACTED]
: Odontólogo

CENTRO DE SALUD : DEPTO. DE SALUD, CLINICA DENTAL

FECHA INICIO : 01.04.2014

FECHA TERMINO : 31.12.2014

REMUNERACION : \$180.000 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, con un rendimiento de al menos 11 altas mensuales. Durante el periodo de contratación. Los beneficiarios a atender serán derivadas del Odontólogo contralor de los Centros de Salud. La prestadora desarrollará sus funciones los días Jueves por medio de 17:30 a 20:00 horas, Viernes de 14:00 a 20:00 horas y Sábado de 08:00 a 13:00 horas.

ITEM : 2152211999008.-

CONVENIO : "**Programa de GES odontológico Adulto, año 2.014**", convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°2930, de fecha 31 de Diciembre de 2.013, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Decreto Exento N°457 del 05 de Febrero de 2.014, de 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.

NOTESE Y COMUNIQUESE,



**PATRICIA ORELLANA FERRADA
SECRETARIO MUNICIPAL**



**SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO
ALCALDE**

SRP/POF/BW/ada.-