

**1595**  
**02 NOV. 2017**

DECRETO Nº

TEMUCO,

VISTOS:

- 1.- El Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios, suscrito entre la Municipalidad de Temuco y la persona que se señala.
- 2.- La Ley Nº 19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros de Servicios.
- 3.- La Ley Nº 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 4.- La Ley Nº 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 5.- El Decreto Alcaldicio Nº 4.097, del 19 de diciembre de 2016, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2017.
- 6.- Las facultades contenidas en la Ley Nº 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades".

**DECRETO:**

1.- Apruébase el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios, de fecha 29 de septiembre de 2017, suscrito entre la Municipalidad de Temuco y la persona que a continuación se señala:

Nombre : DANIELA ALEJANDRA GUÍÑEZ VERA		Rut : Nº	
<p><b>Funciones Específicas:</b> Desarrollar actividades del Programa Apoyo a la Gestión a nivel Local en Atención Primaria de Salud (PAP) año 2017, en el CESFAM Pedro de Valdivia, de Lunes a Viernes de 17:00 a 20:00 horas y/o los días sábados en horario de extensión, lo que contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener nómina ratificada de pacientes beneficiarias inscritas en alguno de los Centro de Salud del DSM Temuco, de entre 25 y 64 años de edad, las cuales se encuentren inasistentes (más de tres años del último control) o nunca hayan acudido a toma de PAP.</li> <li>• Elaborar estratégicamente trabajo comunitario para rescate de estas pacientes a través de visitas domiciliarias, cartas certificadas, citaciones telefónicas, trabajo coordinado con monitoras de salud y el intersector, etc.</li> <li>• Efectuar la toma de 51 PAP en población inscrita de 52.344 mujeres entre 25 y 64 años de la comuna de Temuco, esto constituye un aporte extrapresupuestario al cumplimiento de la meta sanitaria Nº 2 "cobertura PAP".</li> <li>• Realizar Rendición de PAP realizados a más tardar el último día hábil de cada mes, para esto debe entregar planilla electrónica de registro (la cual será verificada en plataforma de la Unidad de Anatomía Patológica del HHA por Referente de Servicio) y boleta de honorarios mensual.</li> </ul>			
Monto Total	\$ 255.000.-		
Período desde	02.10.2017	Hasta	30.12.2017
Imputación	21.03.999.999.001 "Subprograma 2"	Nombre: Programa Apoyo a la Gestión a nivel Local en Atención Primaria de Salud (PAP)	
Centro Costo	32.57.00		

2.- El monto total a referendar con cargo al ítem 21.03.999.999.001 "Subprograma 2" es de 255.000.- (doscientos cincuenta y cinco mil pesos) con cargo al presupuesto de gastos del área Salud Municipal para el año 2017.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REFRÉNDESE Y ARCHÍVESE.



JUAN MANEDA NAVARRO  
SECRETARIO MUNICIPAL



MICHAEL ANGELO BECKER ALVEAR  
ALCALDE



C/F / M/S / C/FV / arg  
DIRECCIÓN DE DISTRIBUCIÓN  
Dir. de Partes Municipal  
Departamento de Salud  
Interesado



4827 / 20.10.17