

DECRETO N°

3 2 2 0

TEMUCO,

VISTOS:

21 OCT 2021

- 1.- El Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios, suscrito entre la Municipalidad de Temuco y la persona que se señala.
- 2.- La Ley N° 19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros de Servicios.
- 3.- La Ley N° 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 4.- La Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 5.- El Decreto Alcaldicio N° 3.439, del 21 de diciembre de 2020, que aprueba el Presupuesto del Área Salud Municipal para el año 2021.
- 6.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades"

**DECRETO :**

- 1.- Apruébase el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios, de fecha 16 de agosto de 2021, suscrito entre la Municipalidad de Temuco y la persona que a continuación se señala:

<b>Nombre :</b>	MITSY GABRIELA WOLFF MELLADO /		<b>RUT</b>	
<b>Funciones Específicas:</b> Realizar un total de 20 altas integrales con entrega de especialidad PPI (Prótesis Parcial Inferior metálica) en su calidad de <b>Dentista</b> , a hombres de escasos recursos inscritos en los centros de salud dependientes de la Municipalidad, que contempla:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en Técnicas de cepillado, hábitos alimenticios, higiene y cuidado de prótesis.</li> <li>• Higienización y sellantes.</li> <li>• Destartraje supra y subgingival.</li> <li>• Extracciones.</li> <li>• Operatoria: obturación de composite, amalgama o vidrio ionomero según indicación.</li> <li>• Prótesis según necesidad del paciente. (Clasificación de Kennedy)</li> <li>• Primer control a las 24 o 48 horas después de insertadas las prótesis, segundo control a la semana y el tercero a los 15 días.</li> <li>• Entrega del Kit de aseo dental.</li> <li>• Garantía: 1 año por todo el tratamiento. La Garantía de las prótesis será sin costo para el paciente sólo cuando el deterioro es atribuible a su confección o a la calidad de los insumos.</li> <li>• Elaborar nómina de pacientes atendidos.</li> <li>• Completar en su totalidad las Fichas Clínicas proporcionadas por la Unidad de Programas, por cada paciente atendido.</li> </ul>				
<b>Monto Total</b>	\$3.747.680.-			
<b>Desde</b>	16.08.2021 /	<b>Hasta</b>	31.10.2021 /	
<b>Centro de Costo Imputación</b>	32.31.01 / 21.03.999.999.001 "2" /	<b>Programa</b>	Odontológico Integral (HER CESFAM)	

- 2.- El monto total a refrendar es de \$3.747.680.- (tres millones setecientos cuarenta y siete mil seiscientos ochenta pesos) con cargo al ítem 21.03.999.999.001 "Subprograma 2", del presupuesto del Área Salud para el año 2021.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REFRÉNDESE Y ARCHÍVESE.**

JUAN ARANEDA NAVARRO  
SECRETARIO MUNICIPAL

CVF / MSR/MMM/SGS/MRS / spp  
DISTRIBUCION:  
- Of. de Partes Municipal  
- Departamento de Salud  
- Interesado

ROBERTO FRANCISCO NEIRA ABURTO  
ALCALDE



Ref. 10261 / 05.10.2021.