



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
DEPARTAMENTO DE SALUD

DS: 198  
GRV/gfp  
03/11/14

**DECRETO ALCALDICIO N°: 2438**

Litueche, 03 de Noviembre del 2014

Con esta fecha se ha decretado lo siguiente:

**CONSIDERANDO:**

- Las normas técnicas del Programa de Postrados, las instrucciones impartidas mediante Circular N° 3, del 16.03.2007 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, el Ord. N° 0293 del 27.02.2007 del Director del Servicio de Salud O'Higgins que establece el pago de estipendio a los cuidadores de postrado año 2007.
- La visita domiciliaria realizada por el profesional médico que acredita la calidad de postrado.
- El Certificado social con fecha 29 de Julio del 2014, califica la situación socioeconómica de la paciente, emitido por la Asistente Social, Jefe del Departamento Social de la Municipalidad de Litueche.
- El Compromiso de Acuerdo como Cuidadora de Paciente del Programa de Atención Domiciliaria a personas con discapacidad severa o pérdida de autonomía, con caracterización de índice Barthel dependencia severa.
- Que, la resolución Exenta N° 1201 de fecha 01 de Abril de 2014, que aprueba el "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencias Severa".
- Que este programa se cancelara en forma mensual, con un monto de \$24.251.- (veinticuatro mil doscientos cincuenta y un pesos).
- Que el presupuesto de este programa se deposito en la cuenta del Departamento de Salud Municipal en el mes abril.

**VISTOS:**

Las normas consagradas en la Ley N°. 19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento. El Decreto Alcaldicio N°. 2621, de fecha 06 de Diciembre del 2012. El Decreto Alcaldicio N° 1392, de fecha 10 de Junio de 2014 que aprueba Convenio Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa año 2014. Las facultades que me confiere la Ley N°. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

**DECRETO**

- 1.- **AUTORICÉSE**, el pago del estipendio Programa Postrados a doña **ANA ROSA GONZALEZ JIMENEZ**, RUT. N° 9.631.739-5, cuidadora de doña **ZOLA DEL CARMEN JIMENEZ FARIAS**, RUT. N° 3.938.647-K, paciente inscrita en el **Programa de Atención Domiciliaria a personas con discapacidad severa o pérdida de autonomía del MINSAL**, con índice Barthel dependencia severa, cuyo monto reajustado asciende a la suma de \$ **24.251.- (veinticuatro mil doscientos cincuenta y un pesos)**, de acuerdo a lo estipulado en el punto TERCERO del Convenio "**Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa**".
- 2.- **ESTABLEZCASE**, que se cancelará a la Sra. **ANA ROSA GONZALEZ JIMENEZ**, RUT. N° 9.631.739-5, cuidadora que cuenta con la capacitación del profesional en domicilio, para el cuidado de pacientes con discapacidad severa y/o pérdida de Autonomía, cuya cantidad asciende a la suma de \$ **24.251.- ((veinticuatro mil doscientos cincuenta y un pesos)**, correspondiente al mes de **Noviembre año 2014**.
- 3.- **DEJASE**, establecido que dicho estipendio se cancela de acuerdo a lo estipulado en la cláusula CUARTA del Compromiso de Acuerdo.
- 4.- **IMPUTESE**, el gasto a la cuenta 22.11.999.002.013

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



RAE/MSO/GRV/gfp

**Distribución:**

- Archivo
- Oficina de partes.
- Decreto Pago

