



Dirección de Administración y Finanzas  
AREA SALUD

La Alcaldía ha decretado con esta fecha lo siguiente.

Vistos :

- 1.- El Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobados para el presente año.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades Aprobado por DFL N°1 2006 Interior.
- 3.- Decreto Exento N° 1405 emitido con fecha 17 de Agosto del año 2009, que delega la función de Firma por orden de la Sra. Alcaldesa al Administrador Municipal.

## DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

Fecha de Pago

: MUNICIPALIDAD DE PUCON- DEPTO. DE SALUD Rut 069191600-6  
: 1,520,000 UN MILLON QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS  
: CANCELA ESTIPENDIO A CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS  
DEPENDIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PUCON SEGUN  
DETALLE ADJUNTO:

: 23/09/2009

| DOCUMENTO      | NUMERO | FECHA      | MONTO \$ |
|----------------|--------|------------|----------|
| DECRETO EXENTO | 1647   | 10/07/2008 | 440,000  |
| DECRETO EXENTO | 2095   | 01/10/2008 | 440,000  |
| DECRETO EXENTO | 2298   | 13/11/2008 | 160,000  |
| DECRETO EXENTO | 1098   | 24/06/2009 | 480,000  |

Anótese comuníquese y Archívese.

Contabilícese el presente gasto a las cuentas Presupuestarias que se indican.

| CÓDIGO CUENTA         | DETALLE  | DEBE      | HABER     |
|-----------------------|--|-----------|-----------|
| 114-05-25-000-000-000 | Estipendio a Cuidadores de Pacientes Postrados | 1,520,000 |           |
| 111-02-00-000-000-000 | Banco Estado                                   |           | 1,520,000 |
|                       | Sumas Iguales                                  | 1,520,000 | 1,520,000 |

## REFRENDACION



## TRASPASO

|              |   |              |   |
|--------------|---|--------------|---|
| Comprobante  | 234   | Fecha        | 23/09/2009                              |
| Rut          | 069191600-6   | Nombre       | MUNICIPALIDAD DE PUCON- DEPTO. DE SALUD |
| Departamento | PROGRAMA  | Centro Costo |   |
| Tipo Doc.    | DECRETO EXENTO  | Numero Doc.  | 1647                                    |
| Glosa        | CANCELAR ESTIPENDIO A CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS DEPENDIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PUCON SEGUN DETALLE ADJUNTO: |              |   |

|              |                   |           |              |     |
|--------------|-------------------|-----------|--------------|-----|
| Banco        | BCO. ESTADO SALUD | Nº Cheque | Fecha Cheque | / / |
| Decreto pago | 635               | Nº Egreso | 635          |     |

### DETALLE DEL COMPROBANTE

| Código Cuenta         | Descripción                                     | Debe    | Haber   |
|-----------------------|---|---------|---------|
| 114-05-25-000-000-000 | Estipendio a Cuidadores de Pacientes Postrados  |         | 440,000 |
| 214-05-25-000-000-000 | Estipendio de Cuidadores de Pacientes Postrados | 440,000 |         |
| Total                 |   | 440,000 | 440,000 |



PREPARADO POR



JEFE DE CONTABILIDAD

D.A.F.

CONTROL

## TRASPASO

|              |   |              |   |
|--------------|---|--------------|---|
| Comprobante  | 235   | Fecha        | 23/09/2009                              |
| Rut          | 069191600-6   | Nombre       | MUNICIPALIDAD DE PUCON- DEPTO. DE SALUD |
| Departamento | PROGRAMA  | Centro Costo |   |
| Tipo Doc.    | DECRETO EXENTO  | Numero Doc.  | 2095                                    |
| Glosa        | CANCELAR ESTIPENDIO A CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS DEPENDIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PUCON SEGUN DETALLE ADJUNTO: |              |   |

|              |                   |           |     |              |     |
|--------------|-------------------|-----------|-----|--------------|-----|
| Banco        | BCO. ESTADO SALUD | Nº Cheque |     | Fecha Cheque | / / |
| Decreto pago | 635               | Nº Egreso | 635 |              |     |

### DETALLE DEL COMPROBANTE

| Código Cuenta         | Descripción                                     | Debe    | Haber   |
|-----------------------|---|---------|---------|
| 114-05-25-000-000-000 | Estipendio a Cuidadores de Pacientes Postrados  |         | 440,000 |
| 214-05-25-000-000-000 | Estipendio de Cuidadores de Pacientes Postrados | 440,000 |         |

Total 440,000 440,000



D.A.F.

CONTROL

## TRASPASO

|              |   |              |   |
|--------------|---|--------------|---|
| Comprobante  | 236   | Fecha        | 23/09/2009                              |
| Rut          | 069191600-6   | Nombre       | MUNICIPALIDAD DE PUCON- DEPTO. DE SALUD |
| Departamento | PROGRAMA  | Centro Costo |   |
| Tipo Doc.    | DECRETO EXENTO  | Numero Doc.  | 2298                                    |
| Glosa        | CANCELAR ESTIPENDIO A CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS DEPENDIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PUCON SEGUN DETALLE ADJUNTO: |              |   |

|              |                   |           |              |     |
|--------------|-------------------|-----------|--------------|-----|
| Banco        | BCO. ESTADO SALUD | Nº Cheque | Fecha Cheque | / / |
| Decreto pago | 635               | Nº Egreso | 635          |     |

### DETALLE DEL COMPROBANTE

| Código Cuenta         | Descripción                                     | Debe    | Haber   |
|-----------------------|---|---------|---------|
| 114-05-25-000-000-000 | Estipendio a Cuidadores de Pacientes Postrados  |         | 160,000 |
| 214-05-25-000-000-000 | Estipendio de Cuidadores de Pacientes Postrados | 160,000 |         |
|                       | Total   | 160,000 | 160,000 |



D.A.F.

CONTROL

## TRASPASO

|              |   |              |   |
|--------------|---|--------------|---|
| Comprobante  | 237   | Fecha        | 23/09/2009                              |
| Rut          | 069191600-6   | Nombre       | MUNICIPALIDAD DE PUCON- DEPTO. DE SALUD |
| Departamento | PROGRAMA  | Centro Costo |   |
| Tipo Doc.    | DECRETO EXENTO  | Numero Doc.  | 1098                                    |
| Glosa        | CANCELAR ESTIPENDIO A CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS DEPENDIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PUCON SEGUN DETALLE ADJUNTO: |              |   |

|              |                   |           |              |     |
|--------------|-------------------|-----------|--------------|-----|
| Banco        | BCO. ESTADO SALUD | Nº Cheque | Fecha Cheque | / / |
| Decreto pago | 635               | Nº Egreso | 635          |     |

| DETALLE DEL COMPROBANTE |   |         |         |  |
|-------------------------|---|---------|---------|--|
| Código Cuenta           | Descripción                                     | Debe    | Haber   |  |
| 114-05-25-000-000-000   | Estipendio a Cuidadores de Pacientes Postrados  |         | 480,000 |  |
| 214-05-25-000-000-000   | Estipendio de Cuidadores de Pacientes Postrados | 480,000 |         |  |
| Total                   |   | 480,000 | 480,000 |  |



D.A.F.

CONTROL



MUNICIPALIDAD DE PUCÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO EXENTO N 1644

PUCÓN, 10 JUL 2008

VISTOS:

1.- El D.F.L. 1-3063 del 02 de Junio de 1980 que traspasa los establecimientos de Educación y Salud a la Municipalidades.-

2.- El D.S. N° 036 del 26 de Enero de 1987 del Ministerio de Salud, que aprueba traspaso de Postas de Salud a la Municipalidad de Pucón.-

3.- El Decreto Exento de Personal N° 128 de fecha 07 de Marzo de 2005, que delega la función de firmar "Por Orden del Sr., Alcalde" a Administrador Municipal.-

4.- El Presupuesto del Departamento de Salud Municipal del año 2008, aprobado por Decreto Alcaldicio N° 3.069 de fecha 10 de diciembre del año 2007.-

5.- La Resolución Exenta N° 1100 del 09 de Mayo del dos mil ocho, del Servicio de Salud Araucanía Sur, que aprueba convenio de Resolución de Especialidades Médicas de Atención Primaria suscrito entre la Municipalidad de Pucón y el Servicio de Salud Araucanía Sur.-

6.- El Decreto Exento N° 1250 de fecha dos de Junio del dos mil ocho, que aprueba el Convenio de la Resolución de Especialidades Médicas en Atención Primaria año 2008.-

7.- El Oficio de fecha 9 de Julio del año 2008, de la Señora Carolina Pumpin, Enfermera a cargo del Programa "Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía", del Hospital San Francisco de Pucón.-

8.- Las suscripción de "Compromiso de Acuerdo" y "Mandatos" firmado por los diferentes cuidadores o familiares y los pacientes beneficiados del Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía en beneficios de sus cuidadores, adjuntas

9.- Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N° 1 Interior, Publicada en el Diario Oficial de la Republica de Chile con fecha 26 de Julio del 2006.-

CONSIDERANDO:

1.- Lo dispuesto en el punto numero QUINTO, letra "B" y lo señalado en el numero SEXTO N° 2, del Convenio suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Pucón, para la ejecución del Programa de Resolutividad en APS.-

2.- La definición de roles y responsabilidades formulada según formularios de cuidadores "*Compromisos de Acuerdo*" y postrados de "*mandatos*", para la cancelación del estipendio mensual en beneficio del cuidador debidamente acreditado.-

DECRETO:

1.- PAGUESE, la suma de \$20.000.- (Veinte mil pesos), mensuales a contar del mes de Enero del presente año, a cada cuidador debidamente acreditado por el Programa Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía, provenientes del Hospital San Francisco de Pucón, según detalle adjunto:

| NOMBRE DEL CUIDADOR                        | R. U. T | MONTO      |
|--|---------|------------|
| <b>Postrados provenientes del año 2007</b> |         |            |
| 1.- Nélida A. Cifuentes Sepúlveda          |         | \$20.000.- |
| 2.- Margarita Fuentes Cifuentes            |         | \$20.000.- |
| 3.- Verónica Isla Paredes                  |         | \$20.000.- |
| 4.- Yolanda Álvarez Carrasco               |         | \$20.000.- |
| 5.- Rigoberto Quilodrán Arteaga            |         | \$20.000.- |
| 6.- María Adelaida Pino Sanchez            |         | \$20.000.- |
| 7.- Jose Huinchal                          |         | \$20.000.- |
| 8.- Silvia Riff Gutierrez                  |         | \$20.000.- |
| 9.- Nancy Cisterna Urrutia                 |         | \$20.000.- |
| 10.- Ulda Manríquez Manríquez              |         | \$20.000.- |
| 11.- Margarita Gatica Aburto               |         | \$20.000.- |
| 12.- Elia Ester Roa Burgos                 |         | \$20.000.- |

**Postrados Ingresados en Junio 2008**

|  |  |            |
|--|--|------------|
| 01.- Primitiva Kachele Ramos             |  | \$20.000.- |
| 02.- Hilda Flor Burgos Garcias           |  | \$20.000.- |
| 03.- Erica Sanhueza Espinoza             |  | \$20.000.- |
| 04.- Jacqueline de las M. Barahona Pinto |  | \$20.000.- |
| 05.- Eliana Carvacho Rivera              |  | \$20.000.- |
| 06.- Iris Roa Valenzuela                 |  | \$20.000.- |
| 07.- Olivia Santana Jaramillo            |  | \$20.000.- |
| 08.- Guisela Geiser Risco                |  | \$20.000.- |

El pago de los cuidadores antes señalado, se realizara en el mes de Julio considerando el periodo de Enero a Junio del año 2008. Posterior a esta fecha se realizara la cancelación mensualmente de los pacientes postrados, previo informe otorgado por la Señora Carolina Pumpin , Enfermera a Cargo del Programa del Hospital San Francisco de Pucón.-

2.- PAGUESE, la suma de \$20.000.- (Veinte mil pesos), mensuales por los meses de Enero y Febrero a la cuidadora Señora Margarita Gatica Aburto R.U.T 4.498.698-1, por el paciente Sra., Juana Gatica Aburto, quien falleció en el mes de Febrero según Ordinario de fecha 09/07/08 de la Señora Carolina Pumpin, Enfermera a cargo a cargo del Programa "Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía" del Hospital San Francisco de Pucón.-

3.- IMPUTESE, el gasto a la cuenta complementaria 114.05.14 Aplicación de fondos de "PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADO DOMICILIARIO DE DISCAPACITADOS" .-

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**

**"POR ORDEN DEL SR., ALCALDE"**



GLADYS E. MATUS PANGUILEF  
SECRETARIA MUNICIPAL

ROS/GMP/RDM/RAM/gra

DISTRIBUCION:

- OFICINA DE PARTES
- CONTROL INTERNO
- ENFERMERA DEPTO. DE SALUD ENCARGADA DEL PROGRAMA
- ARCHIVO DEPTO. DE SALUD



RODRIGO ORTIZ SCHNEIER  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



MUNICIPALIDAD DE PUCÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO EXENTO N 2095

PUCÓN, 10 OCT 2008

VISTOS:

1.- El D.F.L. 1-3063 del 02 de Junio de 1980 que traspasa los establecimientos de Educación y Salud a la Municipalidades.-

2.- El D.S. N° 036 del 26 de Enero de 1987 del Ministerio de Salud, que aprueba traspaso de Postas de Salud a la Municipalidad de Pucón.-

3.- El Presupuesto del Departamento de Salud Municipal del año 2008, aprobado por Decreto Alcaldicio N° 3.069 de fecha 10 de diciembre del año 2007.-

4.- La Resolución Exenta N° 1100 del 09 de Mayo del dos mil ocho, del Servicio de Salud Araucanía Sur, que aprueba convenio de Resolución de Especialidades Médicas de Atención Primaria suscrito entre la Municipalidad de Pucón y el Servicio de Salud Araucanía Sur.-

5.- El Decreto Exento N° 1250 de fecha dos de Junio del dos mil ocho, que aprueba el Convenio de la Resolución de Especialidades Médicas en Atención Primaria año 2008.-

6.- El Oficio N° 15 de fecha 04 de Septiembre del año 2008, de la Señora Karin Vallette Isla, Enfermera a cargo del Programa "Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía", del Departamento de Salud Municipal de Pucón.-

7.- La suscripción de "Compromiso de Acuerdo" y "Mandatos" firmado por los diferentes cuidadores o familiares y los pacientes beneficiados del Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía en beneficios de sus cuidadores, adjuntas

8.- Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N° 1 Interior, Publicada en el Diario Oficial de la República de Chile con fecha 26 de Julio del 2006.-

CONSIDERANDO:

1.- Lo dispuesto en el punto numero QUINTO, letra "B" y lo señalado en el numero SEXTO N° 2, del Convenio suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Pucón, para la ejecución del Programa de Resolutividad en APS.-

2.- La definición de roles y responsabilidades formulada según formularios de cuidadores "Compromisos de Acuerdo" y postrados de "mandatos", para la cancelación del estipendio mensual en beneficio del cuidador debidamente acreditado.-

DECRETO:

PAGUESE, la suma de \$20.000.- (Veinte mil pesos), mensuales a cada cuidador debidamente acreditado por el Programa Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía, según detalle adjunto, provenientes de:

**A) DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL**

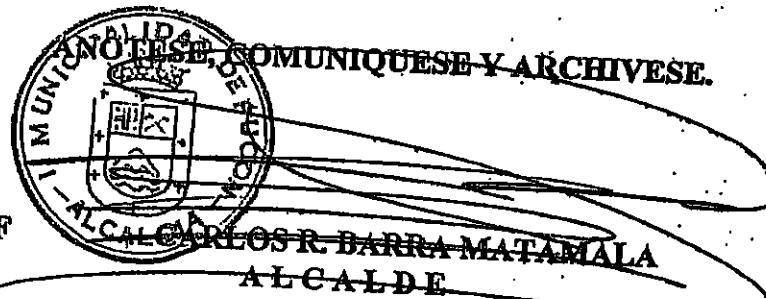
| <b>NOMBRE DEL CUIDADOR</b>                 | <b>R. U. T</b> | <b>MONTO</b> |
|--|----------------|--------------|
| <b>Postrados Ingresados en Agosto 2008</b> |                |              |
| 01.- Lucía Lefiñanco Llanquimán            |                | \$20.000.-   |
| 02.- Marcela Quintrilef Calfumán           |                | \$20.000.-   |
| 03.- Marcela Fonseca Reyes                 |                | \$20.000.-   |
| 04.- Mercedes Sandoval Gutiérrez           |                | \$20.000.-   |
| 05.- Audolicia Salazar Henríquez           |                | \$20.000.-   |
| 06.- Jovita Vargas Paredes                 |                | \$20.000.-   |

**B) HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PUCON :**

| <b>NOMBRE DEL CUIDADOR</b>                 | <b>R. U. T</b> | <b>MONTO</b> |
|--|----------------|--------------|
| <b>Postrados Ingresados en Agosto 2008</b> |                |              |
| 01.- Euzulda Moenne Locoz Jara ✓           |                | \$20.000.-   |
| 02.- Lidia Eduviges Pino Navarrete ✓       |                | \$20.000.-   |
| 03.- Paula Leticia Ceballos Alvarez ✓/S    |                | \$20.000.-   |
| 04.- Nidia Emilda Muñoz Marianel ✓         |                | \$20.000.-   |
| 05.- Gladys Castillo Cartes ✓              |                | \$20.000.-   |
| 06.- Leonor del Carmen Garrido Ramírez ✓   |                | \$20.000.-   |
| 07.- Solange Magaly Roa Burgos ✓           |                | \$20.000.-   |
| 08.- Rosa Eliana Hernández Ibarra ✓        |                | \$20.000.-   |
| 09.- Lucía Violeta Toro Fuentes ✓          |                | \$20.000.-   |
| 10.- Yolanda Urrutia Acevedo ✓             |                | \$20.000.-   |
| 11.- Hulda Alicia Manríquez Manríquez ✓    |                | \$20.000.-   |
| 12.- Lucrecia Ansorena Urta ✓              |                | \$20.000.-   |
| 13.- Eugenia Ramírez Urta ✓                |                | \$20.000.-   |

realizara en el mes de Octubre del presente año considerando el periodo según corresponda a cada mes de ingreso. Posterior a esta fecha se realizará la cancelación mensualmente de los pacientes postrados, previo informe otorgado por las Enfermeras a Cargo del Programa del Hospital San Francisco de Pucón y Departamento de Salud Municipal de Pucón, respectivamente.-

114.05.14 Aplicación de fondos de "PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADO DOMICILIARIO DE DISCAPACITADOS".



GLADIELA E. MATUS PANGUILEF  
SECRETARIA MUNICIPAL

CRBM/GMP/DM/RAS/mga  
DISTRIBUCION:

- OFICINA DE PARTES
- CONTROL INTERNO
- ENFERMERA DEPTO. DE SALUD ENCARGADA DEL PROGRAMA
- ARCHIVO DEPARTO. DE SALUD (2)

VERIFICACION DE CONTROL



MUNICIPALIDAD DE PUCÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO EXENTO N 2298

PUCÓN, 18 MAYO 2008

VISTOS:

1.- El D.F.L. 1-3063 del 02 de Junio de 1980 que traspasa los establecimientos de Educación y Salud a la Municipalidades.-

2.- El D.S. N° 036 del 26 de Enero de 1987 del Ministerio de Salud, que aprueba traspaso de Postas de Salud a la Municipalidad de Pucón.-

3.- El Presupuesto del Departamento de Salud Municipal del año 2008, aprobado por Decreto Alcaldicio N° 3.069 de fecha 10 de diciembre del año 2007.-

4.- La Resolución Exenta N° 1100 del 09 de Mayo del dos mil ocho, del Servicio de Salud Araucanía Sur, que aprueba convenio de Resolución de Especialidades Medicas de Atención Primaria suscrito entre la Municipalidad de Pucón y el Servicio de Salud Araucanía Sur.-

5.- El Decreto Exento N° 1250 de fecha dos de Junio del dos mil ocho, que aprueba el Convenio de la Resolución de Especialidades Medicas en Atención Primaria año 2008.-

6.- Los Informes provenientes de la Dirección del Hospital San Francisco de Pucón, que se adjuntan, en donde se informa los ingresos al Programa "Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Perdida de Autonomía", del Hospital San Francisco de Pucón, de los meses de Septiembre y Octubre del año en curso.-

7.- Las suscripción de "Compromiso de Acuerdo" y "Mandatos" firmado por los diferentes cuidadores o familiares y los pacientes beneficiados del Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Pérdida de Autonomía en beneficios de sus cuidadores, adjuntas

8.- Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N° 1 Interior, Publicada en el Diario Oficial de la República de Chile con fecha 26 de Julio del 2006.-

CONSIDERANDO:

1.- Lo dispuesto en el punto numero QUINTO, letra "B" y lo señalado en el numero SEXTO N° 2, del Convenio suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Pucón, para la ejecución del Programa de Resolutividad en APS.-

2.- La definición de roles y responsabilidades formulada según formularios de cuidadores "Compromisos de Acuerdo" y postrados de "mandatos", para la cancelación del estipendio mensual en beneficio del cuidador debidamente acreditado.-

DECRETO:

1.- PAGUESE, la suma de \$20.000.- (Veinte mil pesos), mensuales a cada cuidador debidamente acreditado por el Programa Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Pérdida de Autonomía, provenientes del Hospital San Francisco de Pucón, según detalle adjunto:

| <b>NOMBRE DEL CUIDADOR</b> | <b>R. U. T</b> | <b>MONTO</b> |
|----------------------------|----------------|--------------|
|----------------------------|----------------|--------------|

**Postrados Ingresos Mes Septiembre 2008**

1.-José Fco. Javier Domínguez  
Cuidador: Flor Yolanda San Martín Godoy \$20.000.-

2.- María Ignacia Fuentes San Martín  
Cuidador Carlos Mayer Salillas \$20.000.-

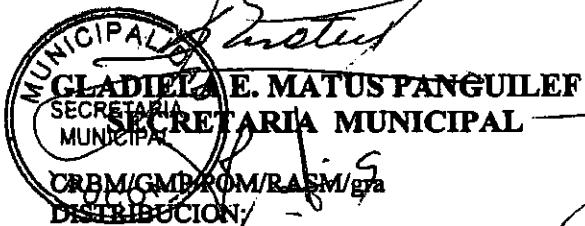
**Postrados Ingresados Mes Octubre 2008**

01.-Marcelina Ayalef Curifef  
Cuidador: Herminia Carinao Ayalef \$20.000.-

02.- Francisco Martínez Cuevas  
Cuidador: Rosa del C. Acuña Zurita \$20.000.-

2.- IMPUTESE, el gasto a la cuenta complementaria 114.05.14 Aplicación de fondos de “PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADO DOMICILIARIO DE DISCAPACITADOS” .-

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**



- DISTRIBUCIÓN:**
- OFICINA DE PARTES
  - CONTROL INTERNO
  - ENFERMERA DEPTO. DE SALUD ENCARGADA DEL PROGRAMA
  - FINANZAS DEPTO. DE SALUD
  - ARCHIVO DEPTO. DE SALUD

**PUCON, 24 JUN 2009**

**VISTOS:**

1.- El D.F.L. 1-3063 del 02 de Junio de 1980 que traspasa los establecimientos de Educación y Salud a la Municipalidades.-

2.- El D.S. N° 036 del 26 de Enero de 1987 del Ministerio de Salud, que aprueba traspaso de Postas de Salud a la Municipalidad de Pucón.-

3.- El Presupuesto del Departamento de Salud Municipal del año 2009, aprobado por Decreto Alcaldicio N° 2463 de fecha 15 de diciembre del año 2008.-

4.- El Decreto N° 544 de fecha 07 de Abril de 2009, que delega la función de firmar "Por orden del Sra. Alcaldesa" a la Sra. Administradora Municipal.

5.- La Resolución Exenta N° 889 del 22 de Abril del 2009, del Servicio de Salud Araucanía Sur, que aprueba convenio de Resolución de Especialidades Medicas de Atención Primaria suscrito entre la Municipalidad de Pucón y el Servicio de Salud Araucanía Sur.-

6- El Decreto Exento N° 890 de fecha 22 de Mayo del 2009, que aprueba el Convenio de la Resolución de Especialidades Médicas en Atención Primaria año 2009.-

7.- Los informes emitidos por la Enfermera a cargo del Programa Postrados, del Hospital San Francisco de Pucón, de fechas 24/11/08, 02/01/09, 27/02/09, 16/03/09, 02/04/09, que se adjunta.-

8.- Las suscripción de "Compromiso de Acuerdo" y "Mandatos" firmado por los diferentes cuidadores o familiares y los pacientes beneficiados del Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Pérdida de Autonomía en beneficios de sus cuidadores, adjuntas

9.- Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N° 1 Interior, Publicada en el Diario Oficial de la Republica de Chile con fecha 26 de Julio del 2006.-

**CONSIDERANDO:**

1.- Lo dispuesto en el punto numero QUINTO, letra "B" y lo señalado en el numero SEXTO N° 2, del Convenio suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Pucón, para la ejecución del Programa de Resolutividad en APS.-

2.- La definición de roles y responsabilidades formulada según formularios de cuidadores "Compromisos de Acuerdo" y postrados de "mandatos", para la cancelación del estipendio mensual en beneficio del cuidador debidamente acreditado.-

**DECRETO:**

1.- **PAGUESE**, la suma de \$20.000.- (Veinte mil pesos), mensuales a cada cuidador debidamente acreditado por el Programa Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas Postradas con Discapacidad Severa o Pérdida de Autonomía, según detalle adjunto, provenientes de:

**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PUCON**

**\* Postrados Ingresados en Enero 2009**

- |  |   |            |
|--|---|------------|
| 1.- Paciente: Ana Luisa Burgos Burgos, R.U.T N° [REDACTED] | Cuidador: Hella Ester Roa Burgos, RUT N° [REDACTED] | \$20.000.- |
| 2.- Paciente: Manuela Olave Valenzuela, RUT N° [REDACTED]  | Cuidador: Lucía Cartes Velasquez, RUT N° [REDACTED] | \$20.000.- |

|  |            |
|--|------------|
| 3.- Paciente: Salvador Arteaga Torres, RUT N° [REDACTED]     | \$20.000.- |
| 4.- Paciente: María Cruz Quilaleo Liempi, RUT N° [REDACTED]  | \$20.000.- |
| 5.- Paciente: Pedro Antonio Conteras Vera, RUT N° [REDACTED] | \$20.000.- |
| 6.- Paciente: José Luis Vásquez Martínez, RUT N° [REDACTED]  | \$20.000.- |

**\* Postrados Ingresados en Febrero 2009**

|   |            |
|---|------------|
| 7.- Paciente: Dina Filomena Sandoval Obreque, RUT N° [REDACTED] | \$20.000.- |
| 8.- Paciente: Lucila Bascour Barra, RUT N° [REDACTED]           | \$20.000.- |
| 9.- Paciente: Yolanda Inés Soto Soto, RUT N° [REDACTED]         | \$20.000.- |

**\* Postrados Ingresados en Marzo 2009**

Cambio de Cuidadora según informe de la Enfermera a cargo del programa en el Hospital San Francisco de Pucón:

**Paciente:** Fermín Quinteros Aguilera: RUT N° [REDACTED]  
**Cuidadora antigua:** Iris Roa Valenzuela: RUT N° [REDACTED] (Fallecida)  
**Cuidadora Nueva:** Sandra del C. Quinteros Ñanculef, RUT N° [REDACTED]

**\* Postrados Ingresados en Abril 2009**

|   |            |
|---|------------|
| 10.- Paciente: Eugenia Cifuentes Schmidt, RUT N° [REDACTED] | \$20.000.- |
| 11.- Paciente: Jaime Cerdá Martín, RUT N° [REDACTED]        | \$20.000.- |

El pago de los cuidadores antes señalado, se realizará en el mes de Junio del presente año considerando el periodo según corresponda a cada mes de ingreso. Posterior a esta fecha se realizará la cancelación mensualmente de los pacientes postrados, previo informe otorgado por las Enfermeras a Cargo del Programa del Hospital San Francisco de Pucón y Departamento de Salud Municipal de Pucón, respectivamente.-

2.- IMPUTESE, el gasto a la cuenta complementaria 114.05.14 Aplicación de fondos de "PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADO DOMICILIARIO DE DISCAPACITADOS".-

**MUNICIPALIDAD DE PUCÓN**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**  
**GLADIELA E. MATUS PANGUILEF**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"



**MAGDALENA OLIVA CERDA**  
**ADMINISTRADORA MUNICIPAL**

**Vº Bº UNIDAD DE CONTROL**

MOC/GMP/ROM/OC/PR/ABM/sga

DISTRIBUCIÓN:

- OFICINA DE PARTES
- CONTROL INTERNO
- ENFERMERA DEPTO. DE SALUD ENCARGADA DEL PROGRAMA
- ARCHIVO DEPTO. DE SALUD (2)