



**I. MUNICIPALIDAD DE MONTE PATRIA  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS**

**APRUEBASE Y AUTORIZASE CONTRATO A  
HONORARIOS A LA SIGUIENTE PERSONA.**

**MONTE PATRIA, 07 de Enero de 2015.**

**VISTOS:**

- La Constitución Política de la República de Chile;
- La Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- El Decreto Fuerza Ley N° 1-3063 de Servicios Traspasados a la Gestión Municipal;
- Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud;
- Decreto Alcaldicio N° 12.120 de fecha 06.12.2012, donde se señala la elección del Alcalde y Concejales para el periodo 2012 – 2016;
- El Acta de Instalación del Concejo Municipal de Monte Patria, de fecha 06 de Diciembre de 2012;
- Decreto Alcaldicio N° 13.082, de fecha 09.12.2014, que aprueba el Presupuesto Municipal Vigente;
- Decreto Alcaldicio N° 13.352 de fecha 15 de Diciembre 2014 que aprueba Presupuesto Salud para el año 2015.
- Decreto Alcaldicio N° 6.740 de fecha 26.06.2014, que Aprueba Convenio Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud ;
- En uso de las facultades inherentes a mi cargo:



**CONSIDERANDO:**

- Resolución Exenta N° 535 de fecha 28.04.2014, donde se aprueba Convenio de Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud.

**DECRETO ALCALDICIO: N° 278.-**

**1.- APRUEBASE Y AUTORIZASE** Contratos a Honorarios a Doña **NELLY ROXANA TELLO ROJAS**, C.I. \_\_\_\_\_ Técnico en Enfermería de Nivel Superior, para que se desempeñe en la Unidad de Farmacia del Centro de Salud Familiar de El Palqui, esto de acuerdo a Convenio de Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud. A contar del 01 al 31 de Enero del 2015.

**2.-** El municipio cancelara un honorario bruto mensual de \$520.130.- (Quinientos Veinte Mil Ciento Treinta pesos), al cual se le hará la retención del 10% del impuesto correspondiente.

3.- Impútese a la cuenta N° 215.22.11.999.001.326. "Honorarios Programa Farmacia."

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REGISTRESE Y ARCHÍVESE



*[Handwritten signature in blue ink]*  
SECRETARIO MUNICIPAL



*[Handwritten signature in blue ink]*  
ALCALDE

V°B°

JLOC/JDC/FBM/ccf.

**Distribución:** Secretaría Municipal/-Unidad de Personal – Finanzas Salud/-Cesfam/- Interesado.