



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

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

MONTE PATRIA, 01 de Agosto de 2014.

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° 11.659, de fecha 28.11.2013, que aprueba el Presupuesto Municipal Vigente;
- Decreto Alcaldicio N° 12.480 de fecha 16 de Diciembre 2013 que aprueba Presupuesto Salud para el año 2014.
- 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° 8126.-

1.- APRUEBASE Y AUTORIZASE Contratos a Honorarios a Doña **MAYLIEN DIANNA CASTILLO ALFARO**, C.I. 15.696.284-8, Técnico en Enfermería de Nivel Superior, para que se desempeñe en la Unidad de Farmacia del Centro de Salud Familiar de Monte Patria, a contar del 01 de Agosto del 2014 al 31 de Diciembre del 2014, esto de acuerdo a Convenio de Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud.

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 2014."

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REGISTRESE Y ARCHÍVESE

 *[Handwritten signature]*
SECRETARIO MUNICIPAL (5)

 *[Handwritten signature]*
ALCALDE (5)

VºBº

JLOC/FBM/ccf.

[Handwritten mark]
Distribución: Secretaría Municipal/-Unidad de Personal – Finanzas Salud/-Cesfam/- Interesado.