

**MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA  
DEPARTAMENTO DE SALUD.-**

005246

**DECRETO N° \_\_\_\_\_/  
CONTRATO HONORARIOS  
ALCALDICIO  
LA CISTERNA.**

24 DIC. 2014

**VISTOS:**

1.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

**TENIENDO PRESENTE:**

- 1.- El Convenio denominado "**Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no transmisibles en Atención Primaria de Salud, relativo a contratación de Recurso Humano y Canasta de Pie Diabético, año 2014**" Convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°1206, de fecha 1ero de Julio del 2014, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano sur y Decreto Alcaldicio N°2838, de fecha 14 de Julio de 2014, del Municipio.
- 2.- El Memorando N° 3452 de fecha 20 de Noviembre de 2014, mediante el cual la jefa del Departamento de Salud, solicita la contratación bajo la modalidad honorarios de **LORETO ABACA LEYTON**, quien desempeñará la actividad de **Administrativo**, en el Centro de Salud Eduardo Frei M..
- 3.- La conformidad otorgada por esta Alcaldía.-

**DECRETO:**

**CONTRATASE**, bajo la modalidad honorarios a la persona que se indica.

Nombre : **LORETO ABACA LEYTON**

RUT

CARGO

CENTRO DE SALUD : Eduardo Frei M .-

FECHA DE INICIO : 24.11.2014

FECHA DE TERMINO: 19.12.2014

REMUNERACIÓN : **\$2.350.-** Monto bruto por hora efectivamente realizada con un máximo de 38 horas durante el periodo de contratación. La prestadora desarrollará sus actividades de Lunes a Jueves de 18:00 a 20:00 horas y Viernes de 17:00 a 19:00 horas.

ITEM : 2152211999008.-

**CONVENIO** : "**Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no transmisibles en Atención Primaria de Salud, relativo a contratación de Recurso Humano y Canasta de Pie Diabético, año 2014**" Convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°1206, de fecha 1ero de Julio del 2014, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano sur y Decreto Alcaldicio N°2838, de fecha 14 de Julio de 2014, del Municipio.

**OBSERVACION:** Dicho pago se efectuará, previo informe mensual visado conforme por la Jefa del Depto. de Salud o quien la subrogue

**NOTESE Y COMUNIQUESE.**

SECRETARIO  
MUNICIPAL

**PATRICIO ORELLANA FERRADA  
SECRETARIO MUNICIPAL**

ALCALDE

**SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO  
ALCALDE**

SRP/POF/BVV/ada.-