

REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 08 de Octubre de 2021.-  
DECRETO ALC. N° 4.142/2021.-

**VISTOS:** Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Resolución N°323 del año 2013, de la Contraloría General de la República, fija normas sobre registro electrónico de Decretos Alcaldicios relativos a las materias de personal que indica; Decreto Alcaldicio N°2.494/21 de fecha 29 de Junio de 2021, mediante el cual se nombra a don Patricio Ferreira Rivera como Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio; Resolución Exenta N° 1.147/21 de fecha 11 de Marzo de 2021, Convenio de ejecución "Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU Pedro Pulgar 2021"; Decreto Alcaldicio N° 1.025/21 de fecha 18 de Marzo de 2021, que aprueba en todas sus partes el mencionado convenio; Resolución Exenta N° 1.114/21 fecha 11 de Marzo de 2021, Convenio de Ejecución "Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU CECOSF El Boro"; Decreto Alcaldicio N° 957/21 de fecha 16 de Marzo de 2021, que aprueba en todas sus partes el mencionado convenio.

**CONSIDERANDO:** Memorando N° 5.456/21 de fecha 08 de Octubre de 2021, del Director Servicios Traspasados, mediante el cual solicita decretar en calidad de honorarios a doña **NATALIA BENÍTEZ HERRERA**, que presten servicios en la ejecución del referido Programa; y Certificado de Obligación Presupuestaria.

**DECRETO:**

1.-Apruébese y Ratifíquese el Contrato a base de honorarios, suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO** y las personas que se detallan a continuación, para que preste servicios en el marco de los Convenios de Ejecución denominados "Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU Pedro Pulgar 2021" y "Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU CECOSF El Boro", en las fechas que se indican, sin perjuicio de la facultad del Municipio de ponerle término anticipado por razones de buen servicio, mediante aviso escrito dado con cinco días de anticipación, sin derecho a reclamo ni indemnización de parte de los contratados.

**HORARIO:**

RECINTO	DÍAS	MÁXIMO DE HORAS	TRAMO HORARIO	PERIODO	
				INICIO	TERMINO
SAPU CPPM	Lunes a Viernes	7 horas	17:00-00:00	08/10/21	31/12/21
	Sábados, Domingos y Festivos	16 horas	08:00-00:00		
SAPU CECOSF	Lunes a Viernes	15 horas	17:00-08:00	08/10/21	31/12/21
	Sábados, Domingos y Festivos	24 horas	08:00-08:00		

**MÉDICO CIRUJANO:**

Nombre	Rut	Días	Valor por Hora	Periodo	
				Inicio	Termino
Natalia Benítez Herrera		Lunes a Domingos y Festivos	\$ 21.500	08/10/21	31/12/21

2.-Los honorarios a pagar por dichos servicios, ascenderá a la suma bruta detallada en la Tabla anterior, menos 11,5% de Impuesto a la Renta. Éstos se pagarán por mes vencido y una vez recepcionado, previa emisión y presentación de la respectiva boleta de honorarios visada conforme por la Dirección de Servicios Traspasados, presentación de informe de gestión mensual.

3.- Por razones imposterables de buen servicio, la prestadora suministrará sus servicios aún antes de la completa tramitación del presente Decreto.

4.- Encárguese al Departamento de Salud, la correcta fiscalización de los servicios que por este acto se contratan.



(...continuación de Decreto Alcaldicio N° 4.142/21)

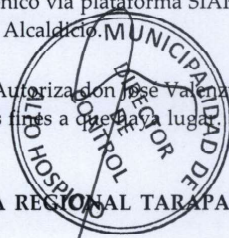
5.- Encargase al Encargado de la Unidad de Gestión de Personas el correcto y oportuno pago de los montos ya individualizados.

6.- La Oficina de Salud deberá imputar los gastos derivados del presente Decreto, con cargo a la cuenta N° 215.21.03.001.005 SAPU CECOSF y con cargo a la cuenta N° 215.21.03.001.006 SAPU CESFAM, en caso de exceso a la cuenta N° 215.21.03.999.999.999, del Presupuesto de Salud Municipal vigente.

7.- Encárguese a la Unidad de Personal, el correcto envío a toma de registro electrónico vía plataforma SIAPER, dentro de los próximos 15 días hábiles contados desde la fecha del presente Decreto Alcaldicio.

**Fdo.** Don Patricio Elías Ferreira Rivera, Alcaldesa de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza don José Valenzuela Díaz, Secretario Municipal. Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-

**ANÓTESE, REGÍSTRESE EN CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA REGIONAL TARAPACÁ, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



Sección: Oficina de Salud

*[Signature]*  
Aprobado  
Distribución:

Interesado  
Contraloría Regional  
Servicios Traspasados  
Carpeta Personal