

**REPÚBLICA DE CHILE**  
**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**

Alto Hospicio, 01 de Septiembre de 2021.-  
**DECRETO ALC. N° 3.552/2021.-**

**VISTOS:** Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; Decreto Alcaldicio N° 2.494/21 de fecha 29 de Junio de 2021, mediante el cual se nombra a don Patricio Elías Ferreira Rivera como Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio; Decreto Alcaldicio N° 2.479/21, de fecha 25 de Junio de 2021, mediante el cual se contrata a base de honorarios a doña Carolina Parra Soto, desde el 01 de Julio de 2021 hasta el 31 de Diciembre de 2021, para que preste servicios en el Convenio denominado "**Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial Chile Crece Contigo 2021**", Carta de renuncia voluntaria, con fecha 31 de Agosto de 2021, emitida por doña Carolina Parra Soto, por medio de la cual comunica su renuncia voluntaria en calidad de honorarios a partir del 01 de Septiembre de 2021.

**CONSIDERANDO:** Memorándum N° 4.638/2021, de fecha 31 de Agosto de 2021, mediante el cual el Director Servicios Traspasados, solicita se decrete la renuncia voluntaria de doña Carolina Parra Soto.

**DECRETO:**

1.- Apruébese, el término del contrato a honorarios suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO** y doña **CAROLINA PARRA SOTO**, quien prestó servicios para el convenio "**Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial Chile Crece Contigo 2021**", y el cese de las funciones de éste, por "**Renuncia Voluntaria**", efectiva a partir de **01 Septiembre de 2021**.

2.- Notifíquese el Decreto al Interesado, a través del Departamento de Servicios Traspasados.

**Fdo.** Don Patricio Elías Ferreira Rivera, Alcalde 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.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.**



**JOSÉ VALENZUELA DÍAZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

Sección: Oficina de Salud

*[Signature]*  
Aprobado

Distribución:

Adm. y Finanzas

Serv. Traspasados