

**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON**

**DECRETO REGISTRADO N° 075 /**

**CONCON, 17 ENE 2017**

**LA ALCALDIA DE CONCON DECRETO HOY LO QUE SIGUE :**

**VISTOS** Lo establecido en la Ley N° 18.695, Organiza Constitucional de Municipalidades, La Ley N° 19.424 que creó la Comuna de Concón, La Ley 18.883 que aprueba el Estatuto Administrativo de los funcionarios Municipales Art. N° 04, La sentencia de proclamación del Tribunal Regional Electoral.

**TENIENDO PRESENTE:** Decreto Alcaldicio N° 58 de fecha 23.12.16 en donde aprueba Presupuesto año 2017, Certificado de Disponibilidad N° 16 y la decisión Alcaldicia.

**DECRETO**

**1.- RATIFIQUESE CONTRATO** en calidad de Honorarios a contar del 01 de enero al 31 de marzo de 2017 y/o hasta cuando el Alcalde lo estime necesario a **D. SUE ANN FAILA ÁLVAREZ RUT N°** 3. Los Honorarios mensuales ascienden a la suma de \$ 815.415 impuesto incluido, 44 horas semanales, para desempeñarse como **APOYO OFICINA MUNICIPAL DE LA DISCAPACIDAD.**

2.- Tendrán el derecho al reconocimiento de Licencia Médica, en cumplimiento de una prescripción médica profesional certificada por un médico cirujano o cirujano dentista, los contratados que registren doce meses de afiliación previsional y seis meses de cotizaciones quienes deberán realizar el trámite en forma personal para solicitar el subsidio por incapacidad laboral no percibiendo honorarios en los días no servidos, debiendo presentar una copia de la licencia médica en Recursos Humanos para el solo efecto de justificar su inasistencia, además podrá hacer uso de 15 días de vacaciones una vez cumplido un año de trabajo, 6 días administrativos, uniforme corporativo y días compensatorio por aquellos trabajos realizado fuera de la jornada normal de trabajo y que hayan sido ordenados por su Jefe Directo, en el mes de diciembre del presente año se cancelaran los honorarios antes de la actividad de navidad y para tramitar el pago de sus honorarios deberán presentar junto a la boleta de prestación de servicio, el informe certificado por su jefe directo y el pago de las imposiciones del mes anterior, si no cumple con estos requisitos no se procederá a la tramitación de sus honorarios mensuales.

3. **CONSIDÉRESE** el contrato y la Declaración Jurada de que no tiene inhabilidades para ejercer cargo público, que se adjunta, como parte integrante de este Decreto.

4. **IMPÚTESE** el costo que irroga este Decreto impútese a la cuenta 21 04 004 "PROGRAMAS SOCIALES SUB PROGRAMA OFICINA DE LA DISCAPACIDAD"

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**



*[Handwritten signature]*  
MARIA LILIANA ESPINOZA GODOY

**SECRETARIO MUNICIPAL**

EAO/VCF/vcf

**DISTRIBUCIÓN :**

- REGISTRO SIAPER
- SECRETARIA MUNICIPAL
- RECURSO HUMANO
- INTERESADO



OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

**ALCALDE**

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Objetado	Revisado

*[Handwritten number 3]*