



**CONTRATO DE LOCACION DE SERVICIOS**

Entre el Ministerio de Salud Publica de la Provincia de Salta, representado en este acto por el **SR. MINISTRO DE SALUD PÚBLICA, DR. OSCAR GUIDO VILLA NOUGUES**, constituyendo domicilio en Av. Los Incas S/N°, Block 2, 1er. Piso, Centro Cívico Grand Bourg, en adelante "EL MINISTERIO", por una parte, y por la otra el/la Srta. **EULALIA DEL VALLE ARGANARAZ**, D.N.I. N° 10.301.389, con domicilio en calle Arturo Costas N° 144 de la ciudad de Salta de profesión Licenciada en Enfermería, en adelante "EL PRESTADOR"; en el marco del Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, convienen en celebrar el presente Contrato de Locación de Servicios, el que se registrá por las siguientes cláusulas y condiciones-----

**PRIMERA:** "EL MINISTERIO" contrata los servicios de "EL PRESTADOR", para que se desempeñe como Referente Provincial del Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, cumpliendo la función de responsable docente capacitador de la gestión de dicho Programa en la Provincia de Salta, por el período comprendido entre el 01/04/14 al 31/03/15.-----

**SEGUNDA:** "EL PRESTADOR" se obliga a aceptar y cumplir fielmente las obligaciones que son propias de las funciones que le sean encomendadas, y prestar sus servicios con eficiencia y capacidad, en el marco de la ética y reglas de su función. Asimismo se compromete a guardar estricta reserva de los trabajos a realizar o de los que tuviera conocimiento en razón de su tarea. Se considera información confidencial toda la que reciba o llegue a su conocimiento, relacionada con las actividades, personas, proveedores, procesos, fórmulas, métodos, etc., que tengan acceso, ya sea en forma directa o indirecta, durante o después de la finalización del presente contrato.-----

**TERCERA:** "EL PRESTADOR" percibirá en concepto de honorarios, la suma de \$ 2.250,00 (Pesos dos mil doscientos cincuenta) por cada mes de servicio efectivamente prestado, contra entrega de factura o recibo en legal forma, la que deberá estar conformada por la autoridad competente, como condición indispensable para el cobro. La erogación resultante será imputada a fondos nacionales, asignados a la Provincia, quien hará efectivo el pago en forma mensual y continua, una vez recibida la mencionada transferencia desde Nación.-----

**CUARTA:** Queda a cargo de "EL PRESTADOR" el cumplimiento de las obligaciones del régimen de Seguridad Social e Impositivo, que le correspondan, por encontrarse incorporado al sistema Monotributista.-----

**QUINTA:** "EL MINISTERIO" podrá rescindir este contrato mediante comunicación por telegrama colacionado u otro medio fehaciente, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial previa. En ningún supuesto "EI PRESTADOR" tendrá derecho a reclamar indemnización alguna.-----

*Eulalia del Valle Arganaraz*  
Eulalia del Valle Arganaraz  
DNI N° 10.301.389

**ES COPIA**

*Marina de Torres*  
MARINA DE TORRES  
Programa Leyes y Derechos  
Secretaría Gral. de la Gobernación

162,7  
11605381  
DECRETO N° 1430  
MARCIA Lic. en Enfermería  
Técnico Comunitario  
Programa Recaudación  
Superior del Programa Recaudación  
DIRECCIÓN GENERAL

**DECRETO N° 1430**



**SEXTA:** En caso de que "EL PRESTADOR" deseara rescindir el presente contrato, deberá comunicarlo fehacientemente, con una antelación de treinta (30) días corridos.-----

**SEPTIMA:** El presente Contrato se rige por la disposiciones del Artículo 1.623 y concordantes del Código Civil y no da derecho a "EL PRESTADOR" a reclamar ningún beneficio o indemnización provenientes de la legislación vigente en materia de empleo público, al no existir relación de dependencia alguna con el Estado.-----

**OCTAVA:** "EL PRESTADOR" abonará el impuesto de sellos que le corresponda por la celebración y formalización del presente contrato, de acuerdo a lo dispuesto por el Código Fiscal y Ley Impositiva no pudiendo desempeñarse como contratista ni proveedor del Estado, ni desarrollar actividades que por su naturaleza, a juicio de "EL MINISTERIO", sean incompatibles con el decoro y la ética de los servicios que preste -----

**NOVENA:** Para todos los efectos de este Contrato, las partes constituyen domicilio en los consignados ut supra y se someten a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de Distrito Judicial del Centro de la Provincia de Salta.----

En prueba de conformidad de las partes, previa lectura y ratificación, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Salta a los...16.....días del mes de...*septiembre*...de dos mil catorce.

*Auténtico*  
Visto y acordado en el Consejo de Gobierno de la Provincia de Salta, el día...  
...del mes de...  
...del año...

*Eulalia del Valle Argüenza*  
Eulalia del Valle Argüenza  
DNI N° 10.301.389

*[Signature]*  
DR. OSCAR GUIDO VELANQUEZ  
Ministro de Salud Pública

**ES COPIA**

RINA R. DE TORRES  
Programa Leves y Derechos  
Secretaría Gral. de la Gobernación

**ES COPIA**

**DECRETO N° 1430**

**RIINA R. DE TORRES**  
Programa Leyes y Derechos  
Secretaría Gral. de la Gobernación

000 N° 0570883

	<b>IMPUESTO DE SELLOS</b> Talón para el Contribuyente	<b>F 940</b>
PARTES INTERVINIENTES		
Razón Social o Apellido y Nombre		CUIT / DOC.
<b>ARGAÑARAZ EULALIA DEL VALLE</b>		
<b>MSP</b>		
FECHA DEL ACTO		FECHA VTO. DEL ACTO
<b>16-09-2014</b>		<b>1160534</b>
TIPO DE INSTRUMENTO		
<b>Contratos Locacion o Sub-locacion de cualquier natu. Capital</b>		
CONCEPTOS		IMPORTES A PAGAR
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	
	<b>IMPUESTO</b>	<b>162.00</b>
	<b>RECARGO</b>	<b>0.00</b>
	<b>FOJAS</b>	<b>0.75</b>
	<b>INSCRIPCION</b>	<b>0.00</b>
	<b>MULTA</b>	<b>0.00</b>
TOTAL A PAGAR		<b>162.75</b>
SON PESOS: <b>Ciento Sesenta Y Dos Con 75/100</b>		
FORMA DE PAGO		
EFFECTIVO	N° CHEQUE: ..... CERTIF. N°: .....	
CHEQUE 24 hs.	BANCO: .....	
CHEQUE 48 hs.		
FECHA VENCIMIENTO LIQUIDACIÓN: <b>30-09-2014</b>		

Este comprobante debe adjuntarse al Instrumento como prueba de reposición del Impuesto (RG. 6/1999).

18/03/1999