

ES COPIA

RINAR DE TORRES  
Programa Leyes Y Decretos  
Secretaría Gral de la Gobernación

CONTRATO DE SERVICIOS.

1141,95  
12032021  
2291834  
Nº 3  
EL PAGO CORRESPONDIENTE  
FOLIO 3  
DATO NUMERACION

136

Entre el **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA PROVINCIA DE SALTA**, representado en este acto por el Sr. Ministro, Dr. Juan José Esteban D.N.I. 11.539.798, con domicilio en Av. Los Incas s/nº, Centro Cívico Grand Bourg, ciudad de Salta, provincia homónima, en adelante "**EL MINISTERIO**", por una parte; y, por la otra, la Sra. **GAVIOLI LOUTAYF, JOSEFINA, D.N.I. Nº 37.006.559** con domicilio en Bº El Huayco, mza 521 A casa 11, en adelante "**EL PRESTADOR**", convienen en celebrar el presente Contrato de Servicios, el que se registrá por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** "EL MINISTERIO" contrata los servicios de "EL PRESTADOR", para que se desempeñe en la Unidad Ejecutora- PAMI, cumpliendo las tareas, horarios y funciones que le encomienden el/los coordinadores a cargo de la misma, por el plazo de 4 (cuatro) meses a partir del 01 de enero de 2021 y hasta el día 30 de abril de 2021. -----

**SEGUNDA:** "EL PRESTADOR" se obliga a cumplir fielmente las funciones y tareas que le sean encomendadas por los coordinadores de la Unidad Ejecutora, incluidas en tales, el manejo integral del sistema informático PAMI a través del cual se reflejan la totalidad de las atenciones en hospitales públicos, generando planillas estadísticas por hospital, patología y servicios, como así también se obliga a prestar sus servicios con eficiencia y capacidad, en el marco de la ética y reglas de su profesión. En los casos que corresponda por su profesión, deberá presentar Matrícula habilitante emitida por el Colegio respectivo. Asimismo, se compromete a guardar estricta reserva de la información que haya tenido conocimiento con motivo de la ejecución de las obligaciones emanadas del presente contrato, salvo autorización expresa para tal fin. Esta obligación de reserva o confidencialidad seguirá vigente aun después del vencimiento del plazo, de la rescisión o resolución del presente contrato, haciéndose responsable de los daños y perjuicios que pudiera ocasionar la difusión de los datos o informes publicados.-----

**TERCERA:** Por la prestación de sus servicios, "EL PRESTADOR" percibirá mensualmente por todo concepto y como honorarios, por el periodo Enero/Abril 2021, la suma mensual de \$47.000,00 (pesos cuarenta y siete mil con 00/100), previa conformidad de los servicios efectivamente prestados, contra entrega de factura o recibo en legal forma, que deberá ser conformada por la autoridad competente, como condición indispensable para el cobro; quedando a cargo del "PRESTADOR" el cumplimiento de las obligaciones del régimen de seguridad

JUAN JOSE ESTEBAN  
MINISTRO DE SALUD PUBLICA

AA

136



**DÉCIMA:** 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.-----

En prueba de conformidad de las partes, se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad de Salta a los 26 días del mes de febrero de 2021.

*Josefina Gaudí*  
*Loutayf*

*R. Juan Jose Esteban*  
R. JUAN JOSE ESTEBAN  
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

**ES COPIA**  
RINA R. DE TORRES  
Programa Leyes Y Decretos  
Secretaría Gral de la Gobernación

		"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de la Nación Argentina"		F 940	
		DIRECCIÓN GENERAL DE RENTAS DE SALTA		IMPUESTO DE SELLOS	
PARTES INTERVINIENTES					
Razón Social o Apellido y Nombre			CUIT / DOC.		
GAVOULOUTAYF JOSEFINA			23-37006559-4		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA			30-99926315-8		
FECHA DEL ACTO		FECHA VTO. DEL ACTO		OBLIGACIÓN N°	
26/02/2021				2397834	
TIPO DE INSTRUMENTO					
Contratos Locación o Sublocación de cualquier renta Capital					
BASE IMPONIBLE			188,000.00		
CONCEPTOS			IMPORTES A PAGAR		
CODIGO	DESCRIPCIÓN				
	IMPUESTO	1,128.00			
	RECARGO	0.00			
	FOJAS	13.95			
	INSCRIPCIÓN	0.00			
	MULTA	0.00			
TOTAL A PAGAR			1,141.95		
SON PESOS:					
Un Mil Ciento Cuarenta Y Uno Con 95/100					
FORMA DE PAGO					
EFFECTIVO	N° CHEQUE:	CERTIF. N°:			
CHEQUE 24 hs.					
CHEQUE 48 hs.	BANCO:				
FECHA VENCIMIENTO LIQUIDACIÓN: 12-03-2021					

Este comprobante debe adjuntarse al instrumento como prueba de reposición del impuesto (RG. 6/1999). 01/04/2015