

REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONCON, 05 MAY 2016

DECRETO ALCALDICIO Nº 978

VISTOS:

- 1.- Decreto Supremo Nº 1.889, que reglamenta la Carrera Funcionaria.
- 2.- Lo dispuesto por los Artículos 5º, 6º, 13º, 14º de la Ley 19.378, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial del 13 de Abril de 1995, establece, el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 3.- Decreto Supremo Nº 19.543 del 24 de Diciembre de 1997, que traspasó la administración de los Servicios de Salud y Educación desde la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social a la Municipalidad de Concon.
- 4.- El Decreto Registrado Nº 14 de fecha 25 de Enero del 2000 que aprueba la Carrera Funcionaria de Salud.
- 5.- El Decreto Presupuestario Nº 944 de fecha 17 de Diciembre del 2015 que aprueba el presupuesto de Salud para el año 2016
- 6.- Decreto Registrado Nº 2211 de fecha 29 de septiembre del año 2015, donde aprueba la dotacion del año 2016
- 7.- Certificado disponibilidad presupuestaria Nº 137 de fecha 09 DE FEBRERO del año 2016
- 8.- Ficha Carrera Funcionaria de Doña SARA BADILLA ROZAS
- 9.- Las facultades que me confiere la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

D E C R E T O

- 1.- **RECONOZCASE** a la Funcionaria Doña **SARA BADILLA ROZAS** el nuevo puntaje por concepto de Curso de Capacitacion "Procedimientos de Vacuna e Inmunizacion", "Acreditacion de instituciones de salud", cancelese el pago retroactivo del mes de septiembre del año 2015 como se indica a continuacion:

NOMBRE	JOR.	RUT.	NIVEL ACTUAL	PUNTAJE			NIVEL NUEVO
				EXPER.	CAPACITACION	TOTAL	
SARA BADILLA ROZAS	44			7,462	2,422.40	9,884.40	3
TEC. NIVEL SUP. ENFERMERIA CAT.C							
JORNADA 44 HORAS							

- 2.- **NOTIFIQUESE** por Secretaria Municipal.

(LONQUIMAY 72 VILLA CONCON 2, CONCON)

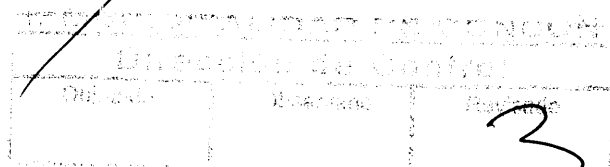
REGISTRESE, ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE


SECRETARIO MUNICIPAL


ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:
SECRETARIA MUNICIPAL ✓
DEPTO. SALUD
INTERESADO

OSG/MEG/MCD/evp


Municipalidad de Concon
Departamento de Salud
Unidad de Control
Fecha: _____
Firma: _____
3