**AUTORIZA CIRCULACION VEHICULO.**

**ALTO BIOBIO, XX DE XXXXXX DEL XXXX.**

 **DECRETO ALCALDICIO (E) Nº XXXX SALUD.**

**V I S T O S:**

1. La Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades Nº 18.695, del 31.03.1988 y sus modificaciones posteriores.
2. La Ley 19.378 del 22.01.16 Última Versión del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. La Ley Nº 18.883 “Estatuto Administrativo para los funcionarios Municipales” supletoria del E.A.P.S.M.
4. La Ley 19.959 del 21.07.2004 que crea la Comuna de Alto Bio Bio.
5. El D.F.L. Nº 1-3063 del Ministerio del Interior, sobre traspaso de los Servicios Públicos a las Municipalidades.
6. El Decreto Alcaldicio SM Nº007 del 12.01.2005, que aprueba Convenio de Traspaso del Servicio de Salud Municipal desde comuna Santa Bárbara a comuna Alto Bio Bio.
7. El D.A. (SM) Nº21 del 31.01.2005 que aprueba creación Depto. de Salud Municipal de la comuna de Alto Biobío.
8. El Decreto Alcaldicio N°2096 del 28.06.2021 por el cual asume en el cargo alcalde de la comuna de Alto Bio bío Don Nivaldo Piñaleo Llaulén.
9. El Decreto Alcaldicio N°3193 del 16.08.22 por el cual asume subrogancia en el cargo alcalde de la comuna de Alto Biobío.
10. El Decreto Alcaldicio N°3002 del 01.08.2022 que nombra asunción en el cargo de secretario municipal.
11. El Decreto Alcaldicio N°3218 del 29.08.2024 que nombra director comunal subrogante del Departamento de salud de la comuna de Alto Biobío.
12. El Decreto Alcaldicio N°XX del XX.XX.XXXX que nombra director comunal del Departamento de salud de la comuna de Alto Biobío.
13. El Decreto Alcaldicio N° XXX del XX.XX.XXXX que designa encargada de la Unidad de Personal del Departamento de Salud.

**CONSIDERANDO**:

1. La necesidad de XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX, el día XXXXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXX.
2. Las Facultades conferidas al señor alcalde según la Ley N°18.695, autoriza el traslado XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX. En móvil y horario que más adelante se detallan.

**D E C R E T O:**

1. **AUTORIZASE,** la circulación del siguiente vehículo:

Vehículo Municipal del Depto. De Salud, XXXXXXXX XXXXXXX XXXXXX, XXXXXXXXX XXXXXXX XXXXXX, XXXXXXXXX XXXX, año XXXX patente: XX.XX-XX.

1. **CONDUCTOR MUNICIPAL**. De Municipalidad de Alto Bio Bio, XXXXXXXXX XXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXXX RUN: XX.XXX.XXX-X.
2. **RECORRIDO,** XXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXX XX.XX-X, se traslada el día XXXXXX XXX XX XXXX XXXX XXXXXXX, saliendo a las XX:XX hrs. De la XXXXXX, Desde XXXXXX XXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX, hacia XXXXXXXXX XXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXX, regresando al Cesfam Ralco el día XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX a las XX:XX horas aproximadamente.
3. **ANOTESE, COMUNIQUESE, CUMPLASE Y ARCHIVESE.**

 **MARICEL CASTRO VASQUEZ VICTOR ROSAS SALAZAR**

 **SECRETARIA MUNICIPAL A L C A L D E (S)**

**Distribución:**

-Archivo SEMU

-Archivo unidad Personal

-Carpeta del vehículo

-Funcionario en cometido