**NOMBRA PERSONAL.**

# ALTO BIOBIO, XX DE XXXXX DEL XXXX.

**DECRETO ALCALDICIO (T.R.) Nº XX SALUD.**

**V I S T O S:**

1. La Ley 19.378 del 22.01.16 Última Versión del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
2. La Ley 18.883 del 07.12.2017 Última versión del Estatuto Administrativo para funcionarios municipales.
3. La Ley 19.607 y el Decreto Nº376 del 15.06.99 (publicada en el Diario Oficial Nº36444 de fecha 20.08.99) que modifica Decreto Nº1.889 de 1995 del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de la Carrera funcionaria de la Ley 19.378.
4. La Ley 19.959 del 21.07.2004 que crea la Comuna de Alto Bio Bío.
5. El D.A. (SM) Nº21 del 31.01.05 que aprueba creación Depto. de Salud Municipal de la comuna de Alto Bio Bío.
6. La Ley 21.308, que concede beneficio al personal de la atención primaria de salud.
7. 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.
8. El Decreto Alcaldicio N°3193 del 16.08.22 por el cual asume subrogancia en el cargo alcalde de la comuna de Alto Biobío
9. El Decreto Alcaldicio N°3002 del 01.08.2022 que nombra asunción en el cargo de secretario municipal.
10. El Decreto Alcaldicio N°XX del XX.XX.XXXX que nombra director comunal del Departamento de salud de la comuna de Alto Biobío.
11. El Decreto Alcaldicio N° XXX del XX.XX.XXXX que designa encargada de la Unidad de Personal del Departamento de Salud.
12. El D.A. (TC) Nº XXXXX del XX.XX.XXXX que aprueba presupuesto para el Depto. de Salud Municipal año XXXX.

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

1. **DESIGNASE,** en calidad de XXXXXXXXXX en la dotación del Personal de Atención Primaria de Salud Municipal de la Comuna de Alto Bio Bío, a personal que se indica:

NOMBRE : XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXX

RUN : XX.XXX.XXX-X

CARGO : XXXXXXXXXXXXXXX

ESTABLECIMIENTO : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXX.

CATEGORIA : X

NIVEL : XX

JORNADA : 44 horas semanales

PERIODO DE VIGENCIA: Desde el XXX de XXXXX del año XXXXX hasta el XX de XXXXXXXXX del año XXXXX.

HORARIO : De lunes a jueves desde las 8:00 horas hasta las 17:00 horas, los días viernes desde las 8:00 horas hasta las 16:00 horas, pudiendo ser modificado de acuerdo a las necesidades del servicio.

ORIGEN DE LA VACANTE: XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX.

1. **IMPUTESE,** el gasto que ocasiona la ejecución del presente Decreto, al Subtítulo 21 del Presupuesto del Depto. de Salud Municipal año XXXX.
2. **ANOTESE, COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE.**

**MARICEL CASTRO VASQUEZ VICTOR ROSAS SALAZAR**

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

Distribución:

-Archivo SEMU

-Archivo Unidad de Personal

-Archivo SIAPER

-Carpeta del funcionario (a)