

**MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA
DEPARTAMENTO DE SALUD.-**

**DECRETO N°
ALCALDICIO.
LA CISTERNA,**

001051

17 MAR. 2015

VISTOS:

1.- El D.F.L. N° 150 de 1981, "Sistema Único de Prestaciones Familiares" y lo establecido en el Código del Trabajo.

2.- El Reglamento de Delegación de Facultades y Atribuciones Alcaldicias y Delegación de Firmas, aprobadas por Decreto Alcaldicio N° 1726 de fecha 27 de Junio del 2001, Decreto N° 04753 de fecha 27 de Diciembre del 2007, que modifica algunas delegaciones de firma..

3.- Lo dispuesto en el Artículo N° 1.9.3., de dicho reglamento, vengo en dictar el siguiente decreto.

TENIENDO PRESENTE:

1.- El Certificado de fecha 13 de Marzo de 2015, de la Caja de Compensación La Araucana, que autoriza a don **LUIS ALFREDO GAVILAN DIAZ**, funcionario del Departamento de Salud, a percibir el beneficio de reconocimiento de la Asignación Familiar por sus cargas.

DECRETO:

AUTORIZASE, a don **LUIS ALFREDO GAVILAN DIAZ RUT.** [REDACTED] funcionario del Departamento de Salud Municipal, autoriza el reconocimiento del beneficio de Asignación Familiar por sus cargas

NOMBRE : **LUZ CONTRERAS PEYES**
RUT. [REDACTED]
PARENTESCO : **CONYUGE**
FECHA DE NACIMIENTO : **14.05.1995.-**
FECHA INICIO : **01.01.2015**
FECHA TÉRMINO : **s/f**
TRAMO VIGENTE : **4**

NOMBRE : **DANIEL GAVILAN CONTRERAS**
RUT. [REDACTED]
PARENTESCO : **HIJO**
FECHA DE NACIMIENTO : **14.05.1995.-**
FECHA INICIO : **01.01.2015**
FECHA TÉRMINO : **30.09.2015**
TRAMO VIGENTE : **4**

NOMBRE : **BASTIAN GAVILAN CONTRERAS**
RUT. [REDACTED]
PARENTESCO : **HIJO**
FECHA DE NACIMIENTO : **03.05.2001.-**
FECHA INICIO : **01.01.2015**
FECHA TÉRMINO : **30.04.2020**
TRAMO VIGENTE : **4**

NOMBRE : **CONSTANZA GAVILAN CONTRERAS**
RUT. [REDACTED]
PARENTESCO : **HIJA**
FECHA DE NACIMIENTO : **02.05.2008.-**
FECHA INICIO : **01.01.2015**
FECHA TÉRMINO : **30.04.2027**
TRAMO VIGENTE : **4**

ESTABLECESE, que el funcionario queda registrado con **4 cargas familiares**, la que se mantendrá vigente **mientras perdure el vínculo laboral con este Municipio y el beneficiario cumpla con los requisitos.**

El Departamento de Salud y la Unidad de Remuneraciones tomarán las medidas pertinentes para dar cumplimiento a lo dispuesto en el presente Decreto

ANOTESE y COMUNIQUESE,

FDO. BEATRIZ VILLATORO VELOSO, Jefa Dpto. de Salud "Por Orden del Alcalde"

PATRICIO ORELLANA FERRADA, SECRETARIA MUNICIPAL

Lo que comunico a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes.

BVV/POF/Jhm.-

DISTRIBUCIÓN:

- 1.- Secretaría Municipal
- 2.- Dir. Control
- 3.- Dpto. de Salud.
- 4.- Remuneraciones
- 5.- Archivo
- 6.- Of. de Partes.



PATRICIO ORELLANA FERRADA
SECRETARIA MUNICIPAL