

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

**RECONOCIMIENTO DE BIENIO**

**DECRETO N°**  
**ALCALDICIO**

**2077**

**11 MAYO 2015**

**VISTOS:**

Lo dispuesto en la Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, el Reglamento de Delegación de firmas, aprobado mediante Decreto Alcaldicio N° 1726 de fecha 27 de Junio del 2001 y Decreto Alcaldicio 1696 de fecha 15 de Mayo de 2007, vengo a dictar lo siguiente.

**TENIENDO PRESENTE:**

1.- Decreto Alcaldicio N° 4159, de fecha 10 de Octubre del 2014, mediante el cual se reconoce su Primer y Segundo Bienio a Doña **KAREM PEREZ DONOSO, Auxiliar Paramédico**, del Centro de Salud Santa Anselma. El que debe rectificarse en la parte resolutive, en lo que respecta al N° de Bienios, Puntaje y fecha próximo Bienio.

2.- El Decreto Alcaldicio N° 5546, de fecha 11 de Diciembre del 2013, mediante el cual se realizó el reconocimiento de capacitación del periodo **01 de Septiembre 2012 al 31 de Agosto 2013** el que se le otorgaron 150 puntos a todos los funcionarios dependientes de esta Administración de Salud.

3.-El Decreto Alcaldicio N° 0350, de fecha 28 de Enero del 2015, mediante el cual se realiza el reconocimiento de Capacitación del periodo 01 de Septiembre 2013 al 31 de Agosto 2014, en el que se le otorgaron 150 puntos a todos los funcionarios dependientes de esta Administración de Salud.

3.- Por lo que se hace necesario reconocer el puntaje de Capacitación del periodo Septiembre 2013- 31 de Agosto 2014 en el que se le otorgaron 150 puntos a todos los funcionarios dependientes de esta Administración de Salud.

**DECRETO:**

**RECTIFIQUESE**, el decreto Alcaldicio, N° 4159, de fecha 10 de Octubre del 2014, mediante el cual se reconoce su Primer y Segundo Bienio a Doña **KAREM PEREZ DONOSO, Auxiliar Paramédico**, del Centro de Salud Santa Anselma. El que debe rectificarse en la parte resolutive, en lo que respecta al N° de Bienios, Puntaje y fecha próximo Bienio. (Segunda hoja del Decreto).-

Donde dice N° de Bienio 1°, **Debe decir Segundo Bienio.**

Donde dice Puntaje Capacitación 300, **Debe decir 450 puntos.-**

Donde dice Próximo Bienio: 01.09.2014, **Debe decir 01.09.2016.-**

**OBSERVACION.-**

**Se Reconoce puntaje** de Capacitación del periodo Septiembre 2013- 31 de Agosto 2014 en el que se le otorgaron 150 puntos a todos los funcionarios dependientes de esta Administración de Salud, **lo que involucro un cambio de nivel.**

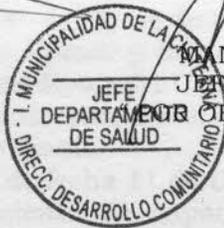
<b>NOMBRE</b>	<b>KAREM PEREZ DONOSO. -</b>
<b>R.U.T.</b>	<b>[REDACTED]</b>
<b>CARGO</b>	<b>Auxiliar Paramédico</b>
<b>CATEGORIA</b>	<b>D</b>
<b>JORNADA</b>	<b>44 horas</b>
<b>BIENIOS</b>	<b>2°</b>
<b>PUNTAJE BIENIOS</b>	<b>1.066,66</b>
<b>PUNTAJE CAPAC.</b>	<b>600</b>
<b>TOTAL PUNTAJE</b>	<b>1.666,66</b>

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

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y REGISTRESE**



PATRICIO ORELLANA FERRADA  
SECRETARIO MUNICIPAL



MANUEL TAPIA GALLARDO  
JEFE (S) DEPTO. DE SALUD  
ORDEN DEL SR. ALCALDE

MTG.POF.Pcm.

DECRETO:

REGISTRARSE, al Decreto Municipal, N° 4129, de fecha 29 de Octubre del 2013, mediante el cual se acuerda en Primera y Segunda Bases a Dña KARLEN PEREZ DONOSO, Auxiliar Paramédico, del Centro de Salud Santa Apolonia, el que debe resultarle en lo que respecta al número de Bases, Puntaje y fecha próxima Bases (Segunda hoja del Decreto).

Debe dar 01 de Bases y Debe dar la Segunda Bases.  
Debe dar Puntaje Capacitación 300, Debe dar 950 puntos.  
Debe dar Fecha Bases: 01.09.2014, Debe dar 01.09.2014.

CONTRIBUCION:

En virtud de puntaje de Capacitación del periodo Septiembre 2013, el Sr. López, el que se le otorgará 150 puntos a todos los funcionarios dependientes de esta Administración de Salud, lo que involucra un total de 2000.

BASES	KARLEN PEREZ DONOSO,
C.B.T.	15.000.000.-
BASES	Auxiliar Paramédico
CATEGORIA	D
GRUPO	44 horas
PERIODO	2º
PUNTAJE BONES	1.000.00
PUNTAJE CAPAC.	600
TOTAL PUNTAJE	1.600.00