

24 OCT. 2014

**VISTOS:**

1.- Lo dispuesto en la Ley N° 19.378 de 1995, el Reglamento de Delegación de Facultades y Atribuciones Alcaldicias y Delegación de Firmas, aprobadas por Decreto Alcaldicio N° 3021 y 003142 de fecha 30 de Julio y 10 de Agosto de 2007 y Decreto Alcaldicio N° 04753 de fecha 27.12.2007, que modifica los anteriores.

**TENIENDO PRESENTE:**

1.- El Instructivo N° 02, de fecha 13 de Enero de 2014, el N° 11, de fecha 07 de Febrero 2014, el N° 16 de fecha 14 de Abril del 2014, el N° 17 de fecha 16 de Abril del 2014, el N° 24 de fecha 10 de Junio del 2014, el N° 26 de fecha 08 de Julio del 2014, el N° 28 de fecha 10 de Julio del 2014, mediante los cuales se autorizó la ejecución de trabajo y/o horas extraordinaria, para cubrir las horas de Extensión Horaria de Lunes a Jueves 17:00 a 20:00 horas, Viernes de 16:00 a 19:00 horas, y Sábados de 08:30 a 12:30 horas, para dar continuidad a la Atención del Centro de Salud, y cumplir con las Metas de los índices de Actividades de la Atención Primaria, en lo que respecta a la calidad y continuidad de la Atención, funciones que en cada caso se señalan, a contar de los horarios estipulados en el punto 1 e instructivo que se adjunta.

2.- El Memorando N° 528 de fecha 02 de Octubre de 2014, de la dirección del Centro de Salud Santa Anselma, mediante el cual se certifica **las horas realizadas durante el mes de Septiembre de 2014**, de los funcionarios que se señalan a continuación, adjuntando cuadro de horas realizadas, autorizadas, y revisadas previamente por la Dirección del Centro de Salud, por lo que procede el pago de las horas trabajadas.

3.- El Memorando N° 2682, de fecha 08 de Octubre de 2014, de la Jefa(s) del Dpto. de Salud, mediante el cual adjunta Memorando N° 532/02 de Octubre de 2014, Programación de Horas Extras a realizar por los funcionarios del Centro de Salud durante el mes de **Septiembre 2014**.

**DECRETO:**

1.- **PÁGASE**, a los funcionarios del Sector Salud, del Centro de Salud Santa Anselma, que a continuación se individualizan, el total de horas extraordinarias, correspondientes a trabajos realizados durante el **mes de Septiembre 2014**, Extensión Horaria de acuerdo a lo señalado en el punto uno del téngase presente.

	NOMBRE	N° hrs.	%	N° hrs.	%	Actividad	Categoría	Nivel
1	Álvarez Castillo Nicolás	9	25%	4	50%	Odontólogo	A	14
2	Amigo Riveros Jazmín	12	25%	.....	50%	TENS	C	10
3	Arenas Guzmán Janina	12	25%	---	50%	Administrativo	E	9
4	Baschmann Opazo Daniela	12	25%-	8	50%-	TENS	C	15

6	Castro Amigo Rosa	9	25%	---	50%	Administrativo	E	15
7	Díaz Orellana Priscilla	9	25%	....	.....	Tens.	C	13
8	Espinosa Mujica Ana Maria	9	25%	....	50%-	Medico	A	3
9	Treycy Parkes Nuñez	18	25%	12	50%	Odontóloga	A	15
10	Fernández Riquelme Julio	3	25%	4	50%	Aux Dental	D	5
11	Sandra Cea Cea	6	25%	----	50%	Administrativo	E	15
12	López C Carlos	9	25%	----	50%	TENS	C	14
13	Huenullan Guzmán Marcela	9	25%	4	50%	TENS.	C	5
14	Martínez Silva Rosa	15	25%	----	50%	TENS	C	5
15	Maria Rojas Sepúlveda	18	25%	.....	.....	Administrativo	E	14
16	Mendoza Faundez Mónica	18	25%-	----	50%-	TENS	C	2
17	Martínez Silva Susana	3	25%	.....	-----	TENS	C	15
18	Lartiga Alfaro Alejandra	18	25%	8	50%	Administrativo	E	15
19	Valenzuela Sandoval Rosa	12	25%	8	50%	Auxiliar de Servicio	F	15
20	Muñoz S Marcela	6	25%	----	50%	TENS	C	8
21	Moreira Herrera Patricia	30	25%	.....	50%	Administrativo	E	11
22	Noemí Hauck Luis	9	25%	----	.....	Odontólogo	A	2
23	Opazo Morales Maria	33	25%	4	50%	Auxiliar de Servicio	F	15
24	Ordóñez C María	15	25%	8	50%	Auxiliar Paramédico	D	1
25	Orrego García Mario	24	25%	12	50%	Administrativo	E	8
26	Sandoval Flores	18	25%	12	50%	Auxiliar Paramédico	D	9
27	Salazar Ortiz Rene	3	25%	16	50%	Auxiliar de Servicio	F	6
28	Sanz Alexandra	30	25%	16	50%	Medico Cirujano	A	11
29	Violdo Muñoz	24	25%	8	50%	Administrativo	E	5



Ángela							
--------	--	--	--	--	--	--	--

2.- La Unidad de Remuneraciones, tomará las medidas pertinentes para dar cumplimiento a lo dispuesto en el presente documento.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE,**



*[Handwritten signature]*  
CARMEN ARCE BARBAN  
SECRETARIA MUNICIPAL (S)



*[Handwritten signature]*  
MANUEL TAPIA GALLARDO  
JEFE DE GABINETE (S)  
POR ORDEN DEL SR. ALCALDE

MTG/CAF/MCVO/Pcm...-

