



DECRETO ALCALDICIO N° 101 /

Quillón, 09 ENE 2017

VISTOS:

- El Decreto Alcaldicio N° 4236 de fecha 19/12/2016, que concede Permiso Postnatal parental de la Sra. Cecilia Vásquez Asencio, por 84 días desde el 13 de Diciembre del 2016 y hasta el 06 de Marzo del 2017.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio N° 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. N° 2.294/2015.
- El Decreto Alcaldicio N° 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio N° 472, de fecha 05 de Junio de 1996, que aprueba el Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio N° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 17 de fecha 30 de Noviembre de 2016, del tribunal electoral Región del Bio Bio, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988 y sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

DECRETO:

1. **CONTRATASE EN CALIDAD DE REEMPLAZO A LA SRTA. ROCIO ANDREA GONZALEZ MELLA**, de Profesión Enfermera, Cédula de Identidad N° [REDACTED] por 61 días, a contar del 05 de Enero y hasta el 06 de Marzo de 2017, para desempeñarse en los Establecimientos de Salud de la Comuna, en jornada de Lunes a Jueves de 08:00 hrs. a 17:00 hrs. y Viernes de 08:00 hrs. a 16:00 hrs.
2. Páguese su remuneración a contar de igual fecha y demás asignaciones correspondiente a Categoría B Nivel 15 con 44 horas semanales. Establecida en la Escala del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. Impútese el gasto que origine la ejecución del presente Decreto a la cuenta N° 215.21.03 del Presupuesto vigente del año 2017 del Departamento de Salud Municipal.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



ALBERTO GYHRA SOTO
ALCALDE

VPM/ ELS/jsb.

05.01.2017

DISTRIBUCIÓN:

- Contraloría General de la República. (2)
- Carpeta Personal Srta. Roció Gonzalez M. (2)
- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.

ANEXO N° 5

RÉGIMEN TRANSITORIO
MODELO CARTA AVISO AL EMPLEADOR
PERMISO POSTNATAL PARENTAL COMPLETO

(Si la trabajadora se encuentra haciendo uso de licencia por descanso postnatal y desea tomar el permiso postnatal parental completo, no requiere dar aviso al empleador)

SR. I. Municipalidad Quillón, Depto. Salud
(Nombre del empleador)
Av. Septiembre N° 250, Quillón
(Domicilio)

PRESENTE

Yo Cecilia Cascoez Arenic
RUT N° [REDACTED], comunico a Ud. que haré
uso del permiso postnatal parental completo, desde el 13-12-2016




FIRMA TRABAJADORA

NOTAS:

Podrán solicitar este beneficio quienes al 17 de octubre de 2011 hubieren terminado su descanso postnatal, siempre y cuando, el menor hubiere tenido menos de 24 semanas de edad a la fecha indicada.

El presente aviso debe ser enviado al empleador con a lo menos 5 días de anticipación a la fecha en que se hará uso del permiso postnatal parental completo. Con todo, dicho aviso deberá enviarse antes que el menor cumpla 24 semanas de edad.

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:

| |
|---|
| Nombre Empleador: <u>I. Municipalidad Quillón, Depto. Salud</u> |
| RUT: <u>61.972.800-9</u> |
| Fecha recepción: <u>07-10-2016</u> |
|  <u>[Handwritten Signature]</u> FIRMA y TIMBRE |

NOTA: Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, antes del inicio del permiso postnatal parental.