

REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 05 de junio de 2024.-  
DECRETO ALC. N° 5000/2024.-

VISTOS:

Ley N° 19.943 crea Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada; Resolución N° 6 del año 2019, de la Contraloría General de la República, fija normas sobre exención del trámite de toma de razón de las materias de personal que se indican; Decreto Alcaldicio N° 2.494/21 de fecha 29 de Junio de 2021, mediante el cual se nombra a don Patricio Ferreira Rivera como Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio; Decreto Alcaldicio N° 3.650/2022 de fecha 08 de julio de 2022 mediante el cual se nombra la línea de subrogación del Sr. Alcalde; Decreto Alcaldicio N° 6.981/23 de fecha 27 de septiembre de 2023, que fija dotación 2024; La necesidad de contar con personal para el área de Salud Municipal; Decreto Alcaldicio N° 8.062/23 de fecha 07 de noviembre de 2023, mediante el cual se aprueba Resolución Exenta N° 04.600/23 de fecha 03 de noviembre de 2023, del Servicio de Salud de Iquique, que aprueba la Dotación de Salud 2024 para la Comuna de Alto Hospicio; Decreto Alcaldicio N° 9.760/2023 de fecha 29 de diciembre de 2023, mediante el cual se nombra en calidad de plazo fijo a don Felipe Huerta Ferrada y a doña Carla Rodas Colorado; Decreto Alcaldicio N° 2662/2024 de fecha 25 de marzo de 2024, mediante el cual se nombra en calidad de plazo fijo a doña Makarena Rojas Alfaro; Decreto Alcaldicio N° 8.813/2023 de fecha 01 de diciembre de 2023, mediante el cual se nombra en calidad de plazo fijo a doña Paola Rojas Vergara.

CONSIDERACIONES

Memorándum N° 4914/2024, de fecha 05 de junio de 2024, del Director de Servicios Traspasados, mediante el cual solicita decretar en calidad de **Plazo Fijo** a él o los siguientes profesionales y así, optimizar y dar plena eficiencia al Departamento de Servicios Traspasados en dicha área y certificado de obligación presupuestaria.

DECRETO

I.- Apruébese y Ratifíquese el nombramiento, por la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, en calidad de **Plazo Fijo**, de acuerdo a la **Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal**, para que se desempeñe en el Área de Salud Municipalizada, a la o las siguientes personas:

|                                                                         |   |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|
| 1.- RUT                                                                 | : |                                                                       |
| Nombre                                                                  | : | <b>Felipe Huerta Ferrada.</b>                                         |
| ¿LA presente designación implica continuidad de labores en el servicio? | : | Si (DA N° 9.760/2023).                                                |
| ¿Es un contrato de reemplazo?                                           | : | No.                                                                   |
| ¿Mientras dure la ausencia del reemplazo?                               | : | No.                                                                   |
| Calidad                                                                 | : | Plazo Fijo                                                            |
| Cargo                                                                   | : | Otros Profesionales.                                                  |
| Función                                                                 | : | <b>Profesional de Salud.</b>                                          |
| Categoría Nivel                                                         | : | Categoría B, Nivel 15.                                                |
| Periodo de vigencia                                                     | : | <b>Desde el 01 de julio de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.</b> |
| Horas semanales                                                         | : | 44 horas                                                              |
| Jornada                                                                 | : | Jornada Ordinaria                                                     |
| Dependencia de desempeño                                                | : | Departamento de Salud.                                                |
| Establecimiento de Salud                                                | : | N/A.                                                                  |
| Debe rendir Caucción                                                    | : | No.                                                                   |
| Debe presentar declaración de intereses                                 | : | No                                                                    |

REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 05 de junio de 2024.-  
DECRETO ALC. N° 5000/2024.-

|                                                                             |   |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------|
| Debe presentar declaración de patrimonio                                    | : | No                                     |
| Certificado de antecedente útil para el ingreso a la Administración Pública | : | Si.                                    |
| Declaración de probidad                                                     | : | SI.                                    |
| Dotación D.A 6.981/23                                                       | : | Departamento de Salud.                 |
| Desempeño difícil                                                           | : | No (Según Dictamen N° 99.787 de 2014). |
| Centro Calificador                                                          | : | Según lugar de desempeño.              |

|                                                                             |   |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|
| 2.- RUT                                                                     | : |                                                                       |
| Nombre                                                                      | : | <b>Carla Rodas Colorado.</b>                                          |
| ¿LA presente designación implica continuidad de labores en el servicio?     | : | Si (DA N°9.760/2023).                                                 |
| ¿Es un contrato de reemplazo?                                               | : | No.                                                                   |
| ¿Mientras dure la ausencia del reemplazo?                                   | : | No.                                                                   |
| Calidad                                                                     | : | Plazo Fijo                                                            |
| Cargo                                                                       | : | Otros Profesionales.                                                  |
| Función                                                                     | : | <b>Profesional de Salud.</b>                                          |
| Categoría Nivel                                                             | : | Categoría B, Nivel 15.                                                |
| Periodo de vigencia                                                         | : | <b>Desde el 01 de julio de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.</b> |
| Horas semanales                                                             | : | 44 horas                                                              |
| Jornada                                                                     | : | Jornada Ordinaria                                                     |
| Dependencia de desempeño                                                    | : | Departamento de Salud.                                                |
| Establecimiento de Salud                                                    | : | N/A.                                                                  |
| Debe rendir Caucción                                                        | : | No.                                                                   |
| Debe presentar declaración de intereses                                     | : | No                                                                    |
| Debe presentar declaración de patrimonio                                    | : | No                                                                    |
| Certificado de antecedente útil para el ingreso a la Administración Pública | : | Si.                                                                   |
| Declaración de probidad                                                     | : | SI.                                                                   |
| Dotación D.A 6.981/23                                                       | : | Departamento de Salud.                                                |
| Desempeño difícil                                                           | : | No (Según Dictamen N° 99.787 de 2014).                                |
| Centro Calificador                                                          | : | Según lugar de desempeño.                                             |

|                                                                         |   |                               |
|-------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|
| 3.- RUT                                                                 | : |                               |
| Nombre                                                                  | : | <b>Makarena Rojas Alfaro.</b> |
| ¿LA presente designación implica continuidad de labores en el servicio? | : | Si (DA N°2662/2024).          |
| ¿Es un contrato de reemplazo?                                           | : | No.                           |
| ¿Mientras dure la ausencia del reemplazo?                               | : | No.                           |
| Calidad                                                                 | : | Plazo Fijo.                   |
| Cargo                                                                   | : | Otros profesionales.          |
| Función                                                                 | : | <b>Profesional de Salud.</b>  |
| Categoría Nivel                                                         | : | Categoría B, Nivel 15.        |

REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 05 de junio de 2024.-  
DECRETO ALC. N° 5000/2024.-

|                                                                             |   |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
| Periodo de vigencia                                                         | : | Desde el 01 de julio de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. |
| Horas semanales                                                             | : | 44 horas                                                       |
| Jornada                                                                     | : | Jornada Ordinaria                                              |
| Dependencia de desempeño                                                    | : | Departamento de Salud.                                         |
| Establecimiento de Salud                                                    | : | N/A.                                                           |
| Debe rendir Caución                                                         | : | No.                                                            |
| Debe presentar declaración de intereses                                     | : | No                                                             |
| Debe presentar declaración de patrimonio                                    | : | No                                                             |
| Certificado de antecedente útil para el ingreso a la Administración Pública | : | Si.                                                            |
| Declaración de probidad                                                     | : | SI.                                                            |
| Dotación D.A 6.981/23                                                       | : | Departamento de Salud.                                         |
| Desempeño difícil                                                           | : | No (Según Dictamen N° 99.787 de 2014).                         |
| Centro Calificador                                                          | : | Según lugar de desempeño.                                      |



|                                                                             |   |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
| 4.- RUT                                                                     | : |                                                                |
| Nombre                                                                      | : | Paola Rojas Vergara.                                           |
| ¿LA presente designación implica continuidad de labores en el servicio?     | : | Si (DA N°8.813/2023).                                          |
| ¿Es un contrato de reemplazo?                                               | : | No.                                                            |
| ¿Mientras dure la ausencia del reemplazo?                                   | : | No.                                                            |
| Calidad                                                                     | : | Plazo Fijo.                                                    |
| Cargo                                                                       | : | Técnico de Nivel Superior.                                     |
| Función                                                                     | : | TANS.                                                          |
| Categoría Nivel                                                             | : | Categoría C, Nivel 15.                                         |
| Periodo de vigencia                                                         | : | Desde el 01 de julio de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. |
| Horas semanales                                                             | : | 44 horas                                                       |
| Jornada                                                                     | : | Jornada Ordinaria                                              |
| Dependencia de desempeño                                                    | : | Departamento de Salud.                                         |
| Establecimiento de Salud                                                    | : | N/A.                                                           |
| Debe rendir Caución                                                         | : | No.                                                            |
| Debe presentar declaración de intereses                                     | : | No                                                             |
| Debe presentar declaración de patrimonio                                    | : | No                                                             |
| Certificado de antecedente útil para el ingreso a la Administración Pública | : | Si.                                                            |
| Declaración de probidad                                                     | : | SI.                                                            |
| Dotación D.A 6.981/23                                                       | : | Departamento de Salud.                                         |
| Desempeño difícil                                                           | : | No (Según Dictamen N° 99.787 de 2014).                         |
| Centro Calificador                                                          | : | Según lugar de desempeño.                                      |

II.- Por razones impostergables de buen servicio, el o los profesionales asumirá sus funciones aún antes de la completa tramitación del presente Decreto Alcaldicio.

REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 05 de junio de 2024.-  
DECRETO ALC. Nº 5000/2024.-

III.- Encárguese a la Dirección de Servicios Traspasados, la correcta fiscalización de la relación estatutaria del profesional que por este acto se contrata.

IV.- Encárguese al Encargado de Remuneraciones el pago de los emolumentos que en derecho le asistan al trabajador, en consideración a su cargo y grado (categoría y nivel).

V.- Impútese los gastos que deriven de la concreción del presente Decreto Alcaldicio, a la **cuenta Nº 215.21.02**, del Presupuesto de Salud Municipal vigente.

VI.- Encárguese a la Unidad de Gestión de Personas, el correcto encasillamiento de acuerdo a la carrera funcionaria reconocida de los funcionarios individualizados anteriormente y el envío a toma de registro electrónico vía plataforma SIAPER, dentro de los próximos 15 días hábiles contados desde la fecha del presente Decreto Alcaldicio.

**Fdos.** Don Patricio Elías Ferreira Rivera, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio; Don José Valenzuela Díaz, Secretario Municipal. Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

JOSÉ VALENZUELA DÍAZ  
SECRETARIO MUNICIPAL

Sección: Oficina de Salud.

  
A.C.C./msm

Distribución:

Interesado  
Contraloría Regional  
Servicios Traspasados