



L. Municipalidad de Trehuaco  
DEPTO. DE ADM. DE EDUC. MUNICIPAL

# Decre. de PERSONAL

REF.: NOMBRA PROFESIONAL DE LA EDUCACION  
EN ESTABLECIMIENTO QUE INDICA EN  
CALIDAD QUE SEÑALA.

TREHUACO,

05 JUN 2018

DECRETO ALCALDICIO PERSONAL Nº 0456 /

## VISTOS:

Las facultades conferidas a los Sres. Alcaldes, mediante la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus Modificaciones Posteriores el D.F.L Nº 1-3063, de 1980, del Ministerio de Interior, la Resolución Nº568 de la Contraloría General de la Republica, el Decreto Nº 114-A, del 01.10.81, que crea el Departamento de Educación Municipal, el D.F.L Nº 1 del 10.09.1996, que fija texto refundido de la Ley 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación, el Decreto Alcaldicio Nº 776 de fecha 29 de diciembre de 2017, que aprueba el presupuesto del DAEM para el año 2018.

## CONSIDERANDO:

La necesidad de dar cumplimiento al Plan de Estudio de los Establecimientos de la comuna.


## DECRETO:

1. Nómbrase en calidad de contrata, a contar de la fecha que se indica a la siguiente profesional de la Educación:

NOMBRE	PATRICIA PAZ CASTRO GARRIDO
RUT Nº	<b>[REDACTED]</b>
TITULO	Profesor de Educación Media
MENCION	Historia y Ciencias Sociales
ESTABLECIMIENTO	Escuela Valle Lonquen
CARGO	Docente
JORNADA PLAN DE ESTUDIO	04 horas (DAEM)
PERIODO DEL NOMBRAMIENTO	Reemplazo Licencia Médica Sra. Ana Olga Neira Neira Desde el 29 de mayo al 06 de junio de 2018
OBSERVACIONES	L. MEDICA Nº 54157590

2. Imputese el gasto que irrogue la ejecución del presente Decreto al Subtitulo 21-02-001-001, el Presupuesto 2018 del DAEM.
3. Regístrese en el Sistema de Información y Control del Personal de la Administración del Estado (SIAPER).
4. Remítase copia del mismo, al citado Establecimiento Educacional.


ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

  
LUCY CARTES RAMIREZ  
SECRETARIA MUNICIPAL

LCI/LCR/MC/ALLF/irs

## DISTRIBUCION:

Archivo Carpeta funcionario, Archivo Decretos Alcaldicios, Of. de Transparencia, TGR., Secc. Finanzas DAEM, Archivo Secretaria DAEM.

  
VºBº DIRECTOR CONTROL

  
VºBº ASESOR JURÍDICO



TRABAJADOR SELECCIONADO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

990507A RUN M ò F  
230957 EDAD F  
FECHA DE NACIMIENTO SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

RUM

### A.3. TIPO DE LICENCIA

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">A</div>		1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 10px;"></div> 1 = SI 2 = NO </div>
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>DIA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>HORA</span> <span>MINUTOS</span> </div>	TRAYECTO <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> 1 = SI 2 = NO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-left: 10px;"></div> </div>	
FECHA DE LA CONCEPCION	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div>	

#### A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1- REPOSO LABORAL TOTAL	SOLO PARA		A- MAÑANA
	2- REPOSO LABORAL PARCIAL			B- TARDE
		REPOSO PARCIAL		C- NOCHE

LUGAR DE REPOSO	1- SU DOMICILIO	2- HOSPITAL	3- OTRO DOMICILIO
-----------------	-----------------	-------------	-------------------

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) *El día siguiente*

DIRECCION DE REPOSO

H- DE LA CORCEPCION

CALLE

Nº 1089

DPTO

VILLA O POBLACION

WIRIHUE

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

**A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL** (Todos los campos son obligatorios)

1 B A V F 2 G O K 2 A C E Z C A R L O S  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 16 2 2 2 8 7 - 1 10 5 1 9 - 8  
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

R INDICADO EN

*Animal*

FIRMA DEL EMBAJADOR

*Piquito*

ESPECIALIDAD

☒ 1= MEDICO  
☐ 2= DENTISTA  
☐ 3= MAQUINISTA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

SAM MARTIN 720  
CALLE  
CONCEPCION

0805

FIRMA DEL PROFESSIONISTA

442108205

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

TOTAL DIAS							
DIA							
MES							
AÑO							
DESDE							
HASTA							
MES							
AÑO							

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES