



REPÚBLICA DE CHILE
REGIÓN DE ÑUBLE
I. MUNICIPALIDAD DE TREHUACO
E D U C A C I O N

Decreto de PERSONAL

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

TREHUACO, 08 MAY 2019

DECRETO ALCALDÍCIO PERSONAL N° 0234 /

VISTOS:

Las facultades conferidas a los Sres. Alcaldes, mediante la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus Modificaciones Posterioras el D.F.L N° 1-3063, de 1980, del Ministerio de Interior, la Resolución N°568 de la Contraloría General de la Republica, el Decreto N° 114-A, del 01.10.81, que crea el Departamento de Educación Municipal, el D.F.L N° 1 del 10.091996, que fijo texto refundido de la Ley 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación, El D. S. N° 170/2009 de Educación Especial, el Decreto Alcaldicio N° 789 de fecha 31 de diciembre de 2018, que aprueba el presupuesto del DAEM para el año 2019.

CONSIDERANDO:

La necesidad de dar cumplimiento al Plan de Estudio de los Establecimientos de la comuna.
La Licencia Médica N° 27188763 Y 27859875-6, presentada por la Docente Titular Sra. Ana Neira Neira

DECRETO:

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

NOMBRE	OSORIO RODRÍGUEZ MARÍA FLORENTINA
RUT N°	19365782-9
F. DE NACIMIENTO	05 de julio de 1957
TITULO	Profesor de Educación Básica
MENCIÓN	Sin mención
ESTABLECIMIENTO	Escuela Básica Valle Lonquen
CARGO	Docente
JORNADA	12 horas (DAEM)
PERIODO DEL NOMBRAMIENTO	Reemplazo Licencia Médica Sra. Ana Olga Neira Neira Desde el 05 de abril al 03 de mayo de 2019
OBSERVACIÓN	NO HAY

2. Impútese el gasto que irrogue la ejecución del presente Decreto al Subtítulo 21-02-001-001, el Presupuesto 2019 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.

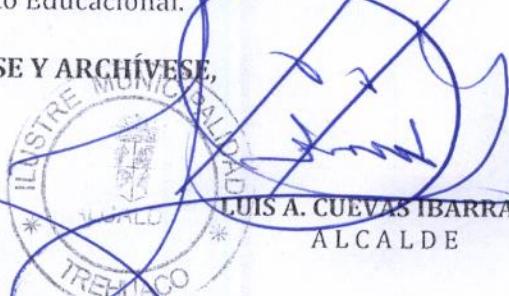
ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE,



LUCY CARTES RAMIREZ
SECRETARIA MUNICIPAL

LCI/LCM/EVS/ALLF/irs
DISTRIBUCIÓN:

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



LUIS A. CUEVAS IBARRA
ALCALDE



VºBº DIRECTOR CONTROL



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

ORDEN DE TRABAJO

Nº 3A.1

Trehuaco, 05 de abril de 2019

A. DIRECTORA ESCUELA BASICA VALLE LONQUEN

DE: JEFE DEPARTAMENTO DE EDUCACION MUNICIPAL DE TREHUACO

1. Junto con saludarle, comunico a usted que con fecha 06 de abril 2019, se procede al siguiente nombramiento en calidad de contrata en reemplazo de la Docente Sra. Ana Neira Neira.

NOMBRE	MARIA FLORENTINA OSORIO RODRIGUEZ
RUN	<u>9365782-9</u>
TITULO	Profesor de Educación Básica
MENCION	Sin mención
ESTABLECIMIENTO	Escuela Básica Valle Lonquen
CARGO	Docente Reemplazo Asig. Religión
JORNADA	12 horas
FECHA DE INICIO	05 de abril de 2019
TIPO DE CONTRATO	Estatuto Docente
ORIGEN DEL CONTRATO	Licencia Médica Sra. Ana Neira Neira

2. Lo anterior para su conocimiento, procedimiento y fines pertinentes.

Saluda atentamente a Usted


EDUARDO VALENZUELA SALAZAR
Jefe Depto. de Educación Municipal
TREHUACO


EVS/irs
Distribución:
Indicada
Interesado
Carpeta Personal



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

N° 3 027188763-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NEIRA	NEIRA	ANA	OLGA	0005076
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		RUN
25032019	25032019	61	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
20	VEINTE	Nº DE DIAS EN PALABRAS		
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS		Documento firmado electrónicamente	

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN			
<input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA			
<input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL			
<input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO			
<input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO			
<input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL			
<input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD	<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI
LABORAL	2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI
HORA MINUTOS			2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MES		AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA	<input type="checkbox"/>
REPOSO PARCIAL	A = MAÑANA
	B = TARDE
	C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO
	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA	HEROES DE LA CONCEPCIÓN 1081,
	Quirihue
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-42666073

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ALAVAREZ	ABARZUA	ARTURO	TANTON	0000000
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		RUN
21011-0		PSIQUIATRÍA		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
12220117	carlos.arena.492@p.123.cl	DIRECCIÓN		
TELÉFONO/FAX		Documento firmado electrónicamente		
		FIRMA PROFESIONAL		

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

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

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



03-05-19.-

MINISTERIO DE SALUD

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 027859875-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NEIRA	NEIRA	ANA	OLGA	9050761	-	<input type="checkbox"/>
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN
15042019	14042019	61	F			
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO			
20	VEINTE	Nº DE DIAS EN PALABRAS				
Nº DE DIAS						Documento firmado electrónicamente
						FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	9050761	-	<input type="checkbox"/>
			RUN		
FECHA NACIMIENTO					

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN	
<input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	
<input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL	
<input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	
<input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	
<input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL	
<input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA
	<input type="checkbox"/> B = TARDE
	<input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	HEROES DE LA CONCEPCIÓN 1081, ▼
Quirihue	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-42666073

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ALAVAREZ	ABARZUA	ARTURO ANTÓN	1863148	-	<input type="checkbox"/>	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN
21011-0					PSIQUIATRÍA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD	
11-2223611/	James Arana 492, of. 124, piso 12, Torre Llave, Concepción		DIRECCIÓN		Documento firmado electrónicamente	
TELÉFONO/FAX					FIRMA PROFESIONAL	

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

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

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