



REPUBLICA DE CHILE
REGIÓN DE ÑUBLE
I. MUNICIPALIDAD DE TREHUACO
EDUCACION

Decre. de PERSONAL

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

TREHUACO, 08 MAY 2019

DECRETO ALCALDICO PERSONAL N° 0237 /

VISTOS:

Las facultades conferidas a los Sres. Alcaldes, mediante la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus Modificaciones Posteriores 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° 27804096-8, presentada por la Docente Sra. Nicol Concha Sepúlveda

DECRETO:

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

| | |
|--------------------------|---|
| NOMBRE | MUÑOZ CUADRA FRANCISCA ESTEFANI |
| RUT N° | <u>18.069.382-3</u> |
| F. DE NACIMIENTO | 12 DE AGOSTO DE 1992 |
| TITULO | PROFESORA DE EDUCACION DIFERENCIAL |
| MENCIÓN | DEFICIENCIA MENTAL |
| ESTABLECIMIENTO | ESCUELA BASICA MAITENCO |
| CARGO | DOCENTE AULA PIE |
| JORNADA | 40 HORAS |
| PERIODO DEL NOMBRAMIENTO | 15 DE ABRIL DE 2019 |
| OBSERVACIÓN | REEMPLAZO LICENCIA MEDICA N° 27804096-8, SRA. NICOL CONCHA SEPÚLVEDA |

- Impútese el gasto que irrogue la ejecución del presente Decreto al Subtítulo 21-02-001-001, el Presupuesto 2019 del DAEM.
- Regístrate en el Sistema de Información y Control del Personal de la Administración del Estado (SIAPER).
- Remítase copia del mismo, al citado Establecimiento Educacional.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

LUCY CARTES RAMIREZ
SECRETARIA MUNICIPAL

LCI/LCR/EM/ALL/irs

DISTRIBUCIÓN:

Archivo Camara Funcionario, Archivo Decretos Alcaldicios, Of. de Transparencia, TGR, Secc. Finanzas, DIRE. Archivo Secretaria DAEM.

VIC. DIRECTOR CONTROL

LUIS A. CUEVAS IBARRA
ALCALDE



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

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 027804096-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CONCHA SEPÚLVEDA NICOL CATERI 17424346-7
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 12042019 15042019 219 F
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
 30 TREINTA N° DE DIAS EN PALABRAS
 N° 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)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

| | |
|------------------------|--|
| 7 | 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN |
| | 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO |
| RECUPERABILIDAD | |
| 1 | 1 = SI |
| 2 | 2 = NO |
| INICIO TRAMITE | |
| 1 | 1 = SI |
| 2 | 2 = NO |
| INVALIDEZ | |
| 1 | 1 = SI |
| 2 | 2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE | |
| TRABAJO O DEL TRAYECTO | |
| DIA MES AÑO | |
| TRAYECTO | |
| 1 = SI | |
| 2 = NO | |
| HORA MINUTOS | |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | |
| 04 | 2019 |
| MES AÑO | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

| | |
|---|----------------------------|
| 1 | 1 = REPOSO LABORAL TOTAL |
| | 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL |
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL | |
| A = MAÑANA | |
| B = TARDE | |
| C = NOCHE | |
| LUGAR DE REPOSO | |
| 1 | 1 = SU DOMICILIO |
| | 2 = HOSPITAL |
| | 3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) | |
| DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA Ilacolén 281, | |
| Tomé _____ | |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-72866251 | |

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ROCHE ORTIZ MARCELA VERO 17424346-0
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 18080-7 OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
 REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD
 412227816/ Cochrane 635 of. 603 Torre B, Concepción

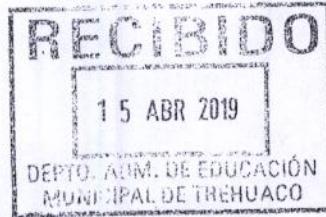
1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

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.



Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>