



Decre. de PERSONAL

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

TREHUACO, 08 MAY 2019

DECRETO ALCALDICIO PERSONAL Nº 0242 /

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 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 Nº 27797454-1, presentada por la docente Sra. Ruth Sandoval Riquelme

DECRETO:

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

NOMBRE	NOEMI MARIANNE PALMA ÁLVAREZ
RUT Nº	18.783.641-1
TITULO	PROFESORA DE EDUCACION GENERAL BASICA
MENCIÓN	SIN MENCIÓN
ESTABLECIMIENTO	ESCUELA BÁSICA MINAS DE LEUQUE
CARGO	DOCENTE
JORNADA PLAN DE ESTUDIOS	32 HORAS (DAEM)
JORNADA HORAS PIE	03 HORAS (PIE)
JORNADA TALLERES SEP	06 HORAS (SEP)
PERIODO DEL NOMBRAMIENTO	DESDE EL 13 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2019
OBSERVACIÓN	L. MEDICA Nº 27797454-1

2. Impútese el gasto que irrogue la ejecución del presente Decreto al Subtitulo 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

LUIS A. GUEVAS IBARRA
ALCALDE

LCI/LCR/PS/ALF/AS
DISTRIBUCION: MUNICIPALIDAD

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

Vº D. DIRECTOR CONTROL

Vº D. ASESOR JURIDICO

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 027797454-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

S A N D O V A L R I Q U E L M E R U T H E L I A N A

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

1 2 0 4 2 0 1 9 1 3 0 4 2 0 1 9 3 6 F

FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO

2 0 V E I N T E

Nº DE DÍAS Nº DE DÍAS EN PALABRAS

5 8 0 8 9 1 2 2 RUN

02.05.19.

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

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 LABORAL 1 = SI
 2 = NO

INICIO TRAMITE INVALIDEZ 1 = SI
 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA		MES		AÑO	

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI
 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MES		AÑO			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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)

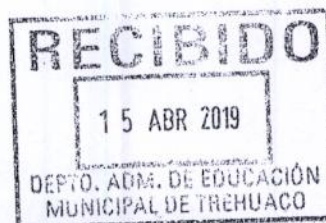
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA LZO ARENAS 2468 DEPTO 302
CHILLANCITO, Concepción

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-76570848

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A L V A R E Z										A B A R Z U A										A R T U R O A N T O N										1 1 8 6 3 1 4 8 - K									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
21011-0																																							
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										PSIQUIATRÍA										1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA									
41-2223611/										Barras Arana 492, of. 124, piso 12, Torre Ciguire, Concepción										ESPECIALIDAD										Documento firmado electrónicamente									
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN																				FIRMA PROFESIONAL									

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.



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/>