



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 ALCALDICIO PERSONAL Nº 0244 /

## 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 10.091996, que fija texto refundido de la Ley 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación, El D. S. Nº 170/2009 de Educación Especial, 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 27859875-6, presentada por la Docente Titular Sra. Ana Neira Neira

## DECRETO:

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

|                          |   |
|--------------------------|---|
| NOMBRE                   | SAAVEDRA RAMÍREZ ÁNGELA TANIA   |
| RUT Nº                   | 13.376.741-K  |
| F. DE NACIMIENTO         | 23 DE OCTUBRE 1978  |
| TITULO                   | PROFESORA DE EDUCACION GENERAL BASICA   |
| MENCIÓN                  | MATEMÁTICA  |
| ESTABLECIMIENTO          | Escuela Básica Valle Lonquen  |
| CARGO                    | Docente   |
| JORNADA                  | 08 horas (DAEM)   |
| PERIODO DEL NOMBRAMIENTO | Reemplazo Licencia Médica Sra. Ana Olga Neira Neira<br>Desde el 15 de abril al 03 de mayo de 2019 |
| OBSERVACIÓN              | NO HAY  |

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

LCI/LCR/PS/ALF/irs  
DISTRIBUCION:

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

VºBº DIRECTOR CONTROL

LUIS A. CUEVAS IBARRA  
ALCALDE

VºBº ASESOR JURIDICO





OBISPADO DE CHILLAN  
VICARIA PARA LA EDUCACION  
COORDINACION PROFESORES DE RELIGION

N°250/19

## CERTIFICADO DE IDONEIDAD

*Jesús les dijo: "Vayan por todo el mundo y anuncien  
la Buena Nueva a toda la creación".  
(Mc 16,15)*

El Vicario Episcopal para la Educación de la Diócesis de Chillán, visto lo dispuesto en el Artículo 9 del Decreto 924 del 12 de Septiembre de 1983, publicado en el Diario Oficial del 07 de enero de 1984, el Derecho Canónico en sus cánones 804 - 805 y considerando:

- a. Los certificados que acreditan la idoneidad requerida para impartir la enseñanza religiosa escolar; y
- b. El compromiso del solicitante con la Iglesia y su testimonio cristiano.

Autoriza a:

**ANGELA TANIA SAAVEDRA RAMIREZ**

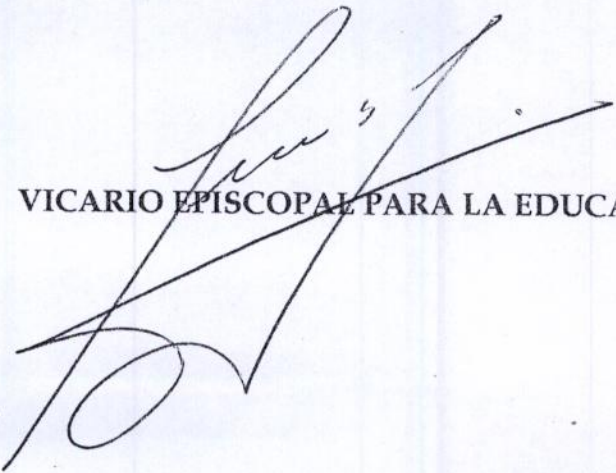
C.I. 13.376.741-K para dictar las clases de Religión Católica en los establecimientos educacionales de la territorialidad de esta Diócesis.

Esta autorización es válida desde el 31-03-2019 hasta 31-03-2020

El Vicario que suscribe se reserva el derecho de derogar esta autorización (canon 805).

Observaciones:



  
VICARIO EPISCOPAL PARA LA EDUCACIÓN

Chillán, Abril 12 del 2019





# 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

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 027859875-6

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |                        |          |           |
|--------------------|------------------------|----------|-----------|
| NEIRA              | NEIRA                  | ANA OLGA | 9905076-4 |
| APELLIDO PATERNO   | APELLIDO MATERNO       | NOMBRES  | RUN       |
| 15042019           | 14042019               | 61 F     |           |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO    | EDAD     | SEXO      |
| 20                 | VEINTE                 |          |           |
| N° DE DÍAS         | N° DE DÍAS 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

|  |  |                |                  |
|--|--|----------------|------------------|
| 1  | 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN<br>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO<br>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO |                |                  |
| RECUPERABILIDAD LABORAL                    | 1 = SI<br>2 = NO   | INICIO TRAMITE | 2 = SI<br>1 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO |  |                |                  |
|  | DÍA  | MES            | AÑO              |
|  |  |                |                  |
| HORA                                       | MINUTOS  | TRAYECTO       | 1 = SI<br>2 = NO |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN                     |  |                |                  |
|  | MES  | AÑO            |                  |

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |  |              |   |
|--------------------------|--|--------------|---|
| ALAVAREZ                 | ABARZUA  | ARTURO ANTON | 11863148-K                                |
| APELLIDO PATERNO         | APELLIDO MATERNO   | NOMBRES      | RUN                                       |
| 21011-0                  |  | PSIQUIATRÍA  | 1 = MÉDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO   | ESPECIALIDAD |   |
| 41-2223611/              | Barros Arana 492, of. 124, piso 12, Torre Ligure, Concepción |              | Documento firmado electrónicamente        |
| TELÉFONO/FAX             | DIRECCIÓN  |              | 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.