



República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDIA N° 6.640 / 2016.-

ZAPALLAR, 14 de Noviembre de 2016.-

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades"; D.F.L. N° 1-3063 de 1980, que aprueba traspaso de servicios públicos, Decretos Supremos de Educación N°s 10.868, 10.869, 10.872 y 10.873, inclusive, que traspasan a I. Municipalidad de Zapallar los Establecimientos Educaciones de la Comuna; La Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República; Decreto de Alcaldía N° 903/2016, de fecha 16 de Febrero de 2016, que Aprueba Cuadros de Subrogancia para Cargos Directivos, Jefaturas y Encargados de Unidades de esta Municipalidad; Decreto de Alcaldía N° 4.690/2016, de fecha 16 de Agosto de 2016, que delega firma del señor Alcalde en el señor Juan Cristóbal Solís Lobos, Encargado de Recursos Humanos.

CONSIDERANDO:

- Memorándum N° 848/2016, de fecha 14 de Noviembre de 2016, emitido por el Encargado de Recursos Humanos.
- Memorándum N° 569/2016, de fecha 14 de Noviembre de 2016, emitido por la Directora (I) del Departamento de Educación.

DECRETO:

1° CURSESE LICENCIA MÉDICA de la funcionaria del Departamento de Educación que a continuación se señala:

Nombre Funcionario	N° Licencia	N° días	Desde	Hasta
GLADYS MARTINEZ GARCIA Inspectora Liceo de Zapallar	2-50269222	21	14.11.2016	04.12.2016

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.,

ANA VARAS CUEVAS
Secretario Municipal (S)

C: EDUCACION / Licencias Medicas

DISTRIBUCION:

- 1.- DEPTO. EDUCACION.
- 2.- REGISTRO SIAPER.
- 3.- OFICINA DE TRANSPARENCIA.
- 4.- ARCHIVO: SECRETARIA MUNICIPAL

OTL / SEC / ffd.-



JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
Encargado de Recursos Humanos
"Por Orden del señor Alcalde"



SECRETARIO MUNICIPAL



República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Recursos Humanos

MEMORANDUM N° 848/2016

ANT.: Elaboración de Decreto Alcaldicio

MAT.: Informa lo que indica

ZAPALLAR, 14 de Noviembre de 2016

A : ANA VARAS CUEVAS
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

DE : JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Mediante el presente, solicito a usted decretar la siguiente Licencia Medica:

- Licencia Médica N° 2-50269222, de la Funcionaria **Gladys Martínez García**, Cédula de Identidad N° 15.059.381-6, Bibliotecario Liceo Zapallar, por 21 días a contar del 14 de Noviembre de 2016 hasta el 04 de Diciembre de 2016.

Saluda atentamente a usted,



Juan Cristóbal Solís Lobos
JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Distribución

- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JCSL/yat





República de Chile
Municipalidad de Zapallar
Departamento de Educación

569 / 2016

MEMORANDUM...:Nº _____ /

REF. : REMITE LICENCIA MÉDICA

Zapallar, 14 de Noviembre de 2016

**DE : MARIA CRISTINA VALENCIA ACOSTA
DIRECTORA (I) DEPARTAMENTO DE EDUCACION**

**A : CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS**

Usted, Licencia Médica que se indica: Por medio del presente, adjunto remito a

14/11
DA N°
6640

Funcionario	Función	Nº Licencia	Nº Días	Periodo
GLADYS ELIZABETH MARTINEZ GARCIA	Inspectora Liceo Zapallar	2-50269222	21	14.11.2016 / 04.12.2016.

Sin otro particular, le saluda atentamente



**MARIA CRISTINA VALENCIA ACOSTA
DIRECTORA (I) DEPARTAMENTO DE EDUCACION**

DISTRIBUCIÓN:

- 1.- Unidad de Recursos Humanos
- 2.- Archivo: DAEM

MCVA / sre / 2016 / 569





Licencia Médica

Nº 2 - 50269222

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: MARTINEZ | APELLIDO MATERNO: GARCIA | NOMBRES: GLADYS
 FECHA EMISION LICENCIA: 14/11/16 | FECHA INICIO DE REPOSO: 14/11/16
 Nº DE DIAS: 21 | Nº DE DIAS EN PALABRAS: VEINTIUN

RUN: 15059381-6 | M/F: F
 FECHA DE NACIMIENTO: 23/04/83 | EDAD: 33
 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | NOMBRES:

A.3. TIPO DE LICENCIA

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: 1= SI 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: | | | | | | | | | |
 HORA MINUTOS: | | | | | | | | | |
 TRAYECTO: 1= SI 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: 04/16
 MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):
 DIRECCION DE REPOSO: 28 DE MARZO
 CALLE: 228 | DPTO: |
 VILLA O POBLACION: ZAPALLAR
 COMUNA: | | | | | | | | | |
 TELEFONO: | | | | | | | | | |
 CELULAR: 89468246
 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 obligatorias)

APELLIDO PATERNO: HERNANDEZ | APELLIDO MATERNO: RIVERA | NOMBRES: PABLO
 RUN: 8567491-8 | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: | | | | | | | | | |

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
 CALLE: 1/2 QUINTA # 1175
 COMUNA: VINA DEL MAR

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*
 ESPECIALIDAD: 6 mes - POST 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: centro.ginecologico.5@gmail.com
 Dr. Pablo A. Hernández-Rudnick
 Obstetricia - Ginecología
 FOLIO: 567491-8
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN 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 recepcionado el documento.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

