REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
OFICINA DE SALUD

Alto Hospicio, 05 de Enero de 2015.-
DECRETO ALC. Nº 005/15.-

VISTOS y CONSIDERANDO: Ley N° 19.493 crea Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Ley N°19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada; Resolución N° 1.600 de 30 de Octubre de 2008, de la Contraloría General de La República, fija normas sobre exención al trámite de toma de razón; Decreto Alcaldicio N°649/14, de fecha 25 de Septiembre de 2014, que fija la Dotación de Salud para el año 2015; la necesidad de contar con personal para el Área de Salud Municipal; Memorándum N°021/15, del Jefe de Departamento de Servicios Traspasados, mediante el cual solicita decretar la contratación de don **EDUARDO MEJIAS CONTRERAS, KINESIOLOGO**, y así optimizar y dar plena eficiencia al Departamento de Servicios Traspasados en dicha Área; y Certificado de Obligación Presupuestaria.

MUNICIPALIDAD ALTO HOSPICIO DIRECTOR DE CONTROL

DECRETO

1.- Apruébese el nombramiento por la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, en calidad de **Reemplazo**, de acuerdo a la Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada, para que desempeñe en el Área de Atención Primaria de Salud Municipalizada a la siguiente persona:

NOMBRE	:	**EDUARDO MEJIAS CONTRERAS**
RUT	:	**17.094.340-K**
CARGO	:	**OTROS PROFESIONALES (KINESIOLOGO)**
LUGAR DESEMPEÑO	:	**CONSULTORIO PEDRO PULGAR M.**
JORNADA	:	**Completa 44 horas semanales**
GRADO	:	**CATEGORÍA B, NIVEL 15, Estatuto Atención Primaria de Salud.**
CALIDAD	:	**REEMPLAZO (licencia médica de Mónica Rojas Piñones)**
PERIODO VIGENCIA	:	**Desde el 06 de Enero de 2015 hasta el 11 de Enero de 2015.**

2.- Por razones impostergables de buen servicio, el profesional asumirá sus funciones aún antes de la completa tramitación del presente Decreto Alcaldicio.

3.- Encárguese a la Dirección de Servicios Traspasados, la correcta fiscalización de la relación estatutaria del profesional que por este acto se contrata.

4.- Encárguese a la Dirección de Administración y Finanzas el pago de los emolumentos que en derecho le asistan al profesional, en consideración a su cargo y grado (Categoría y Nivel).

5.- Impútese los gastos que deriven de la concreción del presente Decreto Alcaldicio, a la cuenta N° 215.21.02, del Presupuesto de Salud Municipal vigente.

Fdos. Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde; José Valenzuela Díaz, Secretario Municipal. Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
DIRECTOR DE CONTROL

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECRETARIO MUNICIPAL

JOSE VALENZUELA DÍAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

APB
DISTRIBUCIÓN/
Interesado
Contraloría Regional (3)
Serv. Traspasados
Car. Personal
Dir. Control
Encar. Personal

MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO
OFICINA SALUD

MEMORANDUM N° 021/2015
Ref: Contratación Reemplazo
Alto Hospicio, 05 de Enero de 2015.

DE : OSVALDO ZENTENO PINTO
JEFE DEPARTAMENTO SERVICIOS TRASPASADOS
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

A : ANDREA PEREZ BERON
ASESORA JURIDICA
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Junto con saludar, solicito a usted **decretar la regularización del nombramiento en calidad de reemplazo** de la siguiente profesional, justificado en Licencia Médica de la funcionaria Monica Rojas Quiñones:

Nombre	**: Eduardo Mejías Contreras.**
Rut	**: 17.094.340-K.**
Cargo	: Otros Profesionales (Kinesiólogo).
Lugar de Desempeño	: Consultorio Pedro Pulgar M.
Jornada	: Completa 44 horas semanales.
Grado	: Categoría B, Nivel 15.
Calidad	: Reemplazo de Monica Rojas Quiñones.
Período de Vigencia	: Desde 06 de Enero de 2015 hasta el 11 de Enero de 2015.

Sin otro particular, se despide atentamente de Usted.

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
DIRECTOR SERVICIOS TRASPASADOS

OSVALDO ZENTENO PINTO
JEFE DEPARTAMENTO SERVICIOS TRASPASADOS

OZP/ega/dpb

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº2-46713552

023

06/01/15
11/01/15
05/01/15.

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 período 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 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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ROJAS PIÑONES MONICA 12438785 K

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | M ó F

301214 — FECHA EMISION LICENCIA
FECHA INICIO DE REPOSO 311214 — DIA MES AÑO
191073 — FECHA DE NACIMIENTO
40 — EDAD
F — SEXO

12 — Nº DE DIAS
DOCE — Nº DE DIAS EN PALABRAS

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 | RUN | FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

7

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 (1 = SI, 2 = NO)
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 2 (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
DIA MES AÑO

HORA MINUTOS
TRAYECTO (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DE LA CONCEPCION 0614
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO 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)
DIRECCION DE REPOSO
FCO. BILBAO — CALLE
4150 — Nº
1907 — DPTO
VILLA O POBLACION
IQUIQUE — COMUNA
TELEFONO
CELULAR 91280844
CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

LUNA CABEZAS JUAN
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

Ginecología — ESPECIALIDAD
1 — 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

6571348 9 — RUN
10327 6 — REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
SERRANO — CALLE
145 — Nº
IQUIQUE — COMUNA
2428095 — TELEFONO

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

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. (1= SI, 2= NO)

trabajados.