



MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Departamento De Educación

DE: 704
26/08/13
RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO N° 1.738

Litueche, 28 de Agosto del 2013.-

VISTOS:

El D.F.L. N° 1-3.063/1980 del Ministerio del Interior sobre traspaso de los establecimientos educacionales; Lo señalado en el artículo 195 del Código del Trabajo, sobre permiso pagado por nacimiento de un hijo; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación y sus posteriores modificaciones"; La ley 19.464/1996 que establece normas para el personal no docente de establecimientos educacionales y sus modificaciones; El DECRETO 3 de 1984, que aprueba reglamento de autorización de Licencias Médicas por la Compin e Instituciones de Salud Previsional, modificado mediante el decreto 168 del 2006; La ley N° 16.744, Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales; La Ley N° 19.345 que dispone de la ley 16.744 a trabajadores del sector publico; el artículo 12 de la Ley N° 18.196, sobre reajustabilidad del subsidio por incapacidad laboral fuera del plazo legal; Decreto Alcaldicio N°. 2.621, de fecha 06 de Diciembre del 2012, que asume Alcalde; y, lo dispuesto en la Ley N°. 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones posteriores.

CONSIDERANDO:

- La Licencia médica, de la Mutual de Seguridad, presentada por el funcionario municipal, dependiente del departamento de educación, autorizado y adjunta.

DECRETO:

- 1.- **CONCEDESE**, el uso de la Licencia médica del funcionario municipal del departamento de educación, que se individualiza a continuación.

Nombre Funcionario	C. Identidad	Cargo	N° Licencia	Total Días	Desde	Hasta
Carlos Galdames Heickema	07.958.080-5	A. Educación	1932231	02	26/08/13	27/08/13

- 2.- **ENTREGASE**, copia del presente decreto Alcaldicio a la habilitada de Educación para su devengamiento y la oportuna recepción de los montos correspondientes a licencias médicas.

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



MARIA S. OLMEDO PIZARRO
Secretaria Municipal



RENE ACUÑA ECHEVERRIA
Alcalde

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

1932231
Número de Orden de Reposo

26/08/2013
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

1966912
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

26/08/2013
Fecha de la DIAT O DIEP

B. Identificación del Trabajador

CARLOS GUILLERMO GALDAMES HEICKEMA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

7.958.080-5

RUT

LOS ARRYANES, POBL. NUEVO AMANECER 371, LITUECHE
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

LITUECHE

Comuna

9 - 93319122

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Nombre o Razón Social

69.091.100-0

RUT

CARDENAL CARO,
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

LITUECHE

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde : 26/08/2013 Hasta : 27/08/2013

Número de días : 2

E. Identificación del Médico

JUAN CARCAMAN TORO
Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno

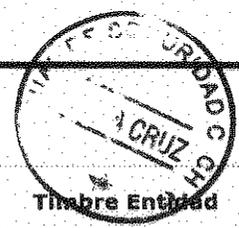
8.024.585-8

RUT

F. Firmas


Firma del trabajador o
quien lo represente


Firma del Médico


Timbre Entidad

CERTIFICADO DE ALTA LABORAL LEY N° 16.744

334405
Número de Certificado

26/08/2013
Fecha de Emisión del Certificado

A. Identificación del Caso

1966912
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

26/08/2013
Fecha de la DIAT O DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

CARLOS GUILLERMO GALDAMES HEICKEMA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

7.958.080-5
RUT

LOS ARRYANES, POBL. NUEVO AMANECER 371, LITUECHE
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

LITUECHE
Comuna

9 - 93319122
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Nombre o Razón Social

69.091.100-0
RUT

CARDENAL CARO,
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

LITUECHE
Comuna

D. Indicaciones al Alta Laboral

Si No
Alta Inmediata

28/08/2013
Fecha del Alta Laboral

Condiciones prescritas por el Médico para el reintegro al trabajo Si No

¿Cuál(es)?:

Por un período de Días

Debe continuar en control médico o con tratamiento ambulatorio Si No

Especifique el tratamiento:

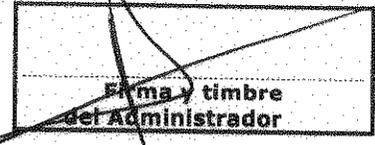
E. Identificación

Identificación del Médico Tratante
JUAN CARCAMAN TORO
Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno

8.024.585-8
RUT

Identificación de quien certifica el alta
Mutual de Seguridad C. Ch. C.

Nombre del Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744


Firma y timbre
del Administrador

Se debe entregar copia de este documento a Trabajador, al Empleador y una copia debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador .

CERTIFICADO DE ALTA MÉDICA LEY N° 16.744

378430 26/08/2013
 Número de Certificado Fecha de Emisión del Certificado

A. Identificación del Caso

1966912
 Código Único Nacional (CUN)

Calificación: Accidente del Trabajo
 Enfermedad Profesional Accidente de Trayecto

26/08/2013
 Fecha de la DIAT O DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

CARLOS GUILLERMO GALDAMES HEICKEMA
 Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

7.958.080-5
 RUT

LOS ARRYANES, POBL. NUEVO AMANECER 371, LITUECHE
 Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

LITUECHE 9 - 93319122
 Comuna Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
 Nombre o Razón Social

69.091.100-0
 RUT

CARDENAL CARO,
 Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

LITUECHE
 Comuna

D. Datos del Alta Médica o Cierre del Caso

Tipo de Alta 1 (Indique la opción que corresponde, 1, 2, 3, 4 o 5) Fecha del Alta 27/08/2013

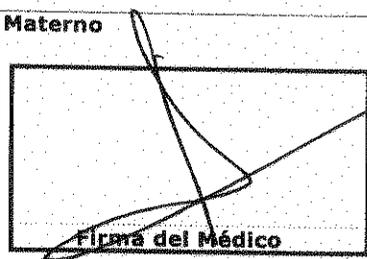
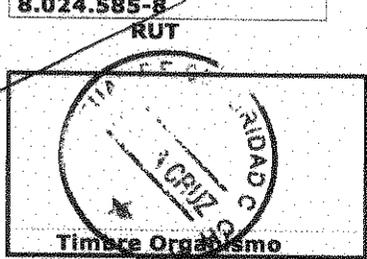
1.- Término de los tratamientos del trabajador.
 Indique si se presume que existe Invalidez No Si En este caso, como el organismo administrador solicitará o iniciará el trámite para evaluar su incapacidad permanente dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de emisión de esta Alta Médica.

Cierre de Caso:
 2.- Derivación Art. 77 bis de la Ley 16.744
 3.- Por abandono de tratamiento
 4.- Por fallecimiento
 5.- Otro motivo Indique cuál:

E. Identificación del Médico

JUAN CARCAMAN TORO
 Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

8.024.585-8
 RUT

 
 Firma del Médico Timbre Organismo

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe se incluida en la Ficha Médica del Trabajador.