



REF.: Deja sin efecto Decretos Alcaldicios N°s 01138 de fecha 22.02.2023, que concede Permiso Especial Descanso Preparatorio Ley N° 21.409, a funcionario que se indica.

ANTUCO, 08 MAR 2023

DECRETO ALCALDICIO N° 001398 /

VISTOS Y CONSIDERANDO:

- a) Decreto Alcaldicio N° 01138 de fecha 22.02.2023 que aprueban Permiso Especial Descanso Preparatorio Ley N° 21.409, de la Sra. Carla Hernández Maldonado, Administrativa, del Departamento de Salud Antuco.
- b) Licencia Médica de fecha 23-02-2023, que concede reposo médico, desde el día 23-02-2023 al 05-03-2023, por 11 días, emitida a la Sra. Carla Hernández Maldonado, Administrativa, del Departamento de Salud Antuco. Quien haría uso de Permiso Especial Descanso Preparatorio Ley N° 21.409, con Goce de Remuneraciones, desde el día 27-02-2023 al 03-03-2023, equivalentes a 05 días.
- c) Decreto Alcaldicios N°s 128 y 190/88: N° 1 001-/91, todos de la Municipalidad de Antuco 1.889; el D.L.(H) N° 3.063 Y D.F.L.(I) N° 1-3063, ambos de 1980 y.
- d) En uso de las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

DECRETO

1.- **DEJESE SIN EFECTO**, Decretos Alcaldicios señalado en la letra a) y b) de los Vistos, de la funcionaria Sra. **Carla Hernández Maldonado**, Administrativa, del Departamento de Salud Antuco, por reposo médico, desde el día 27-02-2023 al 03-03-2023, equivalentes a 5 días.

ANOTESE, COMUNIQUESE, DESE COPIA Y ARCHIVASE



SECRETARIO MUNICIPAL

FIRMA ADMINISTRADOR
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

DISTRIBUCION:

- Carpeta Personal
- Oficina de Personal y RR.HH.

ARCHIVO.- /



Comprobante de Licencia Médica Electrónica

Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite.



Operador: 4 (MEDIPASS)
Folio Licencia: 13851021-2
Estado: 1 (Otorgada)

1. Identificación del Trabajador

Nombre: CARLA SABRINA HERNÁNDEZ MALDONADO
RUT: 14349108-0

Edad: 44
Sexo: FEMENINO
Fecha de Emisión: 23-02-2023
Inicio de Reposo: 23-02-2023
N° de días: 11
Tipo de licencia: FULL

2. Identificación del Hijo

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____
RUN: _____

3. Datos de reposo

Fecha Inicio: 23-02-2023
N# Días: 11
Dirección Reposo: V PELUCA
Teléfono: 74841606
Fecha Termino: 05-03-2023
Tipo Reposo: Reposo TOTAL

4. Datos del Prestador

Razón Social: I MUNICIPALIDAD DE ANTUCO
Profesional: Zuriel Silvette Piña Manzanilla
Entidad que pronuncia: FONASA

Esta licencia médica fue puesta a disposición de su empleador, en los términos señalados en los artículos 69 y 70 del D.S. N° 3. Ud. **NO** requiere presentar este documento a su empleador.

El contenido de la licencia médica electrónica es el mismo que tiene el formulario de papel y la tramitación de la Licencia Médica Electrónica se enmarca dentro de la legalidad vigente. Lo anterior se encuentra regulado en el DS N° 3 del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 168 del año 2006, y las Circulares N° 2338 y 2773 de la Superintendencia de Seguridad Social.

En caso que reciba una copia impresa de la Licencia Médica Electrónica, ésta es absolutamente legal, y por tanto documento hábil para que usted la trámite ante la entidad respectiva. Si Ud requiere mayor información puede contactarse a FONASA:

www.fonasa.cl, fono 600-3603000
Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS): www.suseso.cl, o directamente en el sitio web lme.gob.cl

Conozca el estado de tramitación de ésta licencia médica electrónica, accediendo al sitio www.medipass.cl, e ingresando los datos RUT:14349108-0, Folio: 13851021-2 y código de verificación: 036DCA.

VALIDE LA LICENCIA EN [HTTP://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=036DCA](http://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=036DCA)

SOLICITUD DE PERMISO ESPECIAL CON GOCE DE REMUNERACIONES
SEGUN LEY 21.409 DESCANSO REPARATORIO

I. IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO:

NOMBRE	[Handwritten Name]		RUT:	[Handwritten RUT]
CARGO	[Handwritten Cargo]		AÑOS SER.	[Handwritten Años]
PERIODO SOLICITADO	DESDE	[Handwritten Date]	HASTA	[Handwritten Date]
FORMA DE BENEFICIO:	TOTAL DIAS	[Handwritten Days]	SALDO	[Handwritten Saldo]
FRACIONADA	<input type="checkbox"/>			
CONTINUA	<input type="checkbox"/>			
FUNCIONARIO QUE SUEMPLAZA:	[Handwritten Name]			

FIRMA FUNCIONARIO

AUTORIZACIONES

EFECTIVO PERSONAL

DIAS AUTORIZADOS

PROXIMO LO SOLIC.

DIRECTORA SALUD

AUTORIZA

DENIEGA



OBSERVACIONES

001138

ANTUCO, 22 FEB 2023

DECRETO ALCALDICIO N° _____ / VISTOS:

- La Solicitud presentada y la hoja de vida correspondiente
- Las disposiciones de los artículos 107° y 108°, de la Ley N° 18.883 de 1989, Estatuto Administrativo de los Funcionarios Municipales y,
- Art. 18 Ley N° 19.378 de 1996 que establece el Estatuto de Atención primaria de Salud Municipal
- Ley 21.409/22, que establece un descanso reparatorio para los trabajadores de la salud que indica.
- En uso de las facultades que me confiere la Ley N° 18.696, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

DECRETO

1. AUTORIZARSE, DENIEGARSE, ACUMULARSE, al funcionario Municipal, individualizado precedentemente, para que haga uso de Descanso Reparatorio, por el o los días antes indicados del año 20...



SECRETARIO MUNICIPAL

ANOTARSE, COMUNIQUESE Y ARCHIVARSE



ADMINISTRADOR
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

DISTRIBUCION

- Oficina de Personal
- Alcaldía
- ARCHIVO