

416209



**I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPTO. EDUCACIÓN MUNICIPAL
SUB-DEPTO. DE PERSONAL**

**APRUEBA CONTRATO DE TRABAJO
POR REEMPLAZO DE LICENCIA MEDICA**

DECRETO ALCALDICIO N° 960

QUILLÓN, 11 MAR 2021

VISTOS:

- Licencia Médica N° 5152327 de fecha 11-02-2021
- El contrato de fecha 08 de marzo de 2021
- D.F.L. N° 1 Código del Trabajo.
- Decreto N° 170 Programa de Integración Escolar (PIE)
- D.A. N° 1.487 que designa Suplencia como Jefe DAEM. a la Sra. Urika Zúñiga Gamonal.
- D.A. N° 2.065 de fecha 15-06-2020, que nombra a Don Miguel Peña Jara como Alcalde de la comuna de Quillón.
- D.A. N° 2.112 de fecha 23-06-2020, que delega funciones y atribuciones del Alcalde a funcionarios municipales que su texto indica.
- D.A. N° 3.412 de fecha 16-11-2020 que aprueba Presupuesto Educación Municipal para el año 2021.
- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

DECRETO:

1. **Apruébese** en todas sus partes el contrato de trabajo, suscrito entre la I. Municipalidad de Quillón, y la Srta. **MAKARENA AREVALO CASINER** de fecha 08 de marzo de 2021 por reemplazo de licencia médica de la Sra. Daniela Badilla Fuentes (12-03-2021) por 09 horas, con una renta de \$ 194.269 (ciento noventa y cuatro mil doscientos sesenta y nueve pesos), imponible.
- 2.- **IMPUTESE** el gasto que origine la ejecución del presente Decreto con cargo al programa Integración Escolar.

ANÓTESE, REGISTRESE, PUBLIQUESE, CUMPLASE Y ARCHÍVESE.

**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE**

**MIGUEL PEÑA JARA
ALCALDE**

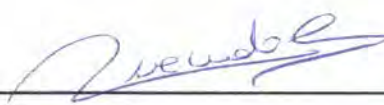
JAS/UZG/tsj.-
DISTRIBUCION

- c.c. Interesada
- c.c. Archivo DAEM.
- c.c. Archivo Municipal

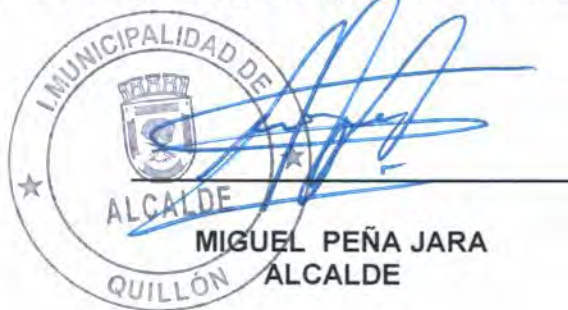
Las remuneraciones se pagarán MENSUAL, por MES, períodos vencidos, en dinero efectivo, moneda nacional y del monto de ellas el Empleador hará las deducciones que establecen las leyes vigentes.

4.- El presente Contrato de Trabajo es continuación de L.Médica de la Sra. Daniela Badilla Fuentes (12-03-2021) y podrá ponerse término cuando concurren para ello causas justificadas que, en conformidad a la ley, puedan producir su caducidad, o sea permitido dar al Trabajador el aviso de desahucio con 30 días de anticipación, a lo menos.

5.- Se entienden incorporadas al presente Contrato todas las disposiciones legales que se dicten con posterioridad a la fecha de suscripción y que tengan relación con él.




FIRMA DEL TRABAJADOR
MAKARENA S. AREVALO CASINER
C.I. N° [REDACTED]



MIGUEL PEÑA JARA
ALCALDE



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE


JAS/UZG/tsj.-



Licencia Medica

N°3 Folio: 5152327-K

OPERADOR: 4

SECCION 0:

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984. MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ASOCIADO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61663000-0 : FONASA	10279125-6	115199		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO REEVALUACION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	08-02-21 09:41	10100	69141401-8				
3- NO TRAMITADA	16-02-21 08:10	10100	69141401-8				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

M-02 d 12-03-2021

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BADILLA	FUENTES	DANIELA FRANCISCA	17756355-7	30	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
08 02 21 Dia Mes Año

FECHA FIN DE REPOSO
11 02 21 Dia Mes Año

N° DE DÍAS
30

N° DE DÍAS EN PARCIAL
TRIENTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año 5=Accidenta del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo
RECEPTIBILIDAD LABORAL	1=SI 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	1=SI 2=No
FECHA DE LA LICENCIACION	

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SELECCION PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
3	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	LUGAR DE REPOSO	
IDENTIFICACION DE SU DEPENDENCIA			
AMBULATORIO			
DIRECCION: CALLE SUEPTO COMUNA			
PASAJE 7 587 CHILLÁN			
TELÉFONO PERSONAL O DE CONTACTO			
840277291			
FIRMADO ELECTRONICAMENTE			
FIRMA DEL TRABAJADOR			

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

FUENTEALBA	RETAMAL	ORLANDO F.	10279125-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

PSIQUIATRÍA ADULTOS	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	13821	DOCTORFUENTEALBA@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	

LIBERTAD 1137 OFICINA 211 Chillán chile	422834245	
DIRECCION	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	EMAIL TRABAJADOR
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	