

CONCON,

DECRETO REGISTRADO N° 104 /

VISTOS:

1. Decreto Supremo N° 1.889, que reglamenta la carrera funcionaria.
2. Lo dispuesto por los artículos 5°, 6°, 13°, 14° de la Ley 19.378, del ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial del 13 de Abril de 1995, establece, el estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. Decreto Supremo N°19.543 del 24 de diciembre de 1997, que traspaso la administración de los servicios de Salud y educación desde la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social a la Municipalidad de Concón.
4. Decreto Presupuestario N°25 de fecha 31 de Diciembre del 2014, que aprueba Presupuesto de Salud año 2015.
5. Decreto Registrado N° 938 de fecha 30 de Septiembre del 2014, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2015.
6. Resolución N° 610 de fecha 23 de diciembre del año 2015.
7. Nomina de Funcionarios mes de diciembre del 2015.
8. Curriculum Vitae, Cedula de Identidad, certificado de título, Declaración Jurada, Certificado de Nacimiento, certificado de inscripción en la superintendencia de salud.
9. Certificado de Disponibilidad presupuestaria N°17 de fecha 13 de enero del año 2016.
10. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N°15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica.
11. El Art 52 de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
12. Las facultades que me confiere la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de municipalidades.

DECRETO

1. **RATIFIQUESE** el Nombramiento en calidad de REEMPLAZO como Técnico en Enfermería, por los días del 25, 26, 29, 30 de diciembre del año 2015, a Doña **HAZEL LIZANA ROJAS, C.I. N°** , para reemplazar Licencia médica de Don Carlos Umazabal, cumpliendo labores de Técnico en Enfermería en el Sapu de Concón.
2. **EI NOMBRAMIENTO**, es por 48 hrs.- turno Sapu, las remuneraciones que percibirá el funcionario por las horas efectuadas serán equivalentes al escalafón de la categoría **C Nivel 15**.
3. **IMPÚTESE**, el costo que irroga este Decreto al presupuesto vigente, Subtítulo 21.03.005 "Suplencias y Reemplazos".
4. La persona indicada precedentemente estará afecta a la obligación de rendir Caución de Fidelidad Funcionaria.
5. **NOTIFIQUESE**, por Secretaria Municipal.
(Santa Luisa D-15)

REGISTRESE, ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE


SECRETARIO MUNICIPAL


ÓSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCION:

- REGISTRO SIAPER
- SECRETARIA MUNICIPAL
- INTERESADO
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Departamento de Salud		
Objetivo	Observado	Reservado

CERTIFICADO N° 17

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

De conformidad al presupuesto aprobado por esta institución, certifico que a la fecha del presente, el Departamento de Salud cuenta con disponibilidad presupuestaria para financiar lo siguiente: Cuenta de SUPLENCIAS Y REEMPLAZOS 21.03.005.-

En Concón a, 13 de enero del año 2016.-




RENATO MADRIAZA RETAMAL
JEFE DE ADMINISTRACIÓN DESAM

RMR/rmr

C.C.:

- Archivo

000020

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 23 de diciembre de 2015.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

CARLOS UMAZABAL MEZA	10.472.549-K
NOMBRE	RUT N°.
GRADO C	CALIDAD JURÍDICA TITULAR
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : SAPU	

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
 FORMULARIO N° 49385460

N° DE DIAS 11 DESDE 22-12-2015 HASTA 01-01-2016

SUBROGARA EL CARGO:

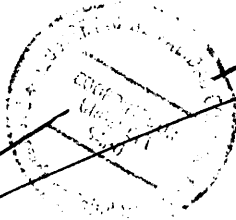
IRSA MARTINEZ ALVAREZ	22.12.2015	20:00 A 08:00 (12HRS).
HAZEL LIZANA ROJAS	25.12.2015	08:00 A 20:00 (12HRS).
HAZEL LIZANA ROJAS	26.12.2015	20:00 A 08:00 (12HRS).
HAZEL LIZANA ROJAS	29.12.2015	08:00 A 20:00 (12HRS).
HAZEL LIZANA ROJAS	30.12.2015	20:00 A 08:00 (12HRS).

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS VIÁTICO :	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
40%	100%	TOTAL \$

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO



FIRMA JEFE DIRECTO
 Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.



RECURSOS HUMANOS



FIRMA JEFE DIRECTO DE SALUD

9

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. Nº 3 1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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

APELLIDO PATERNO: UMAZAÑA APELLIDO MATERNO: NEZA NOMBRES: CARLOS EBUA
 FECHA EMISION LICENCIA: 22/12/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 22/12/15
 Nº DE DIAS: 011 Nº DE DIAS EN PALABRAS: ONCE DIAS

RUN: 10472548
 FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/66 EDAD: 49 SEXO: M

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

- 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

1

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: _____

TRAYECTO: 1 1= SI 2= NO
 HORA MINUTOS: _____

FECHA DE LA CONCEPCION: _____
 MES: _____ AÑO: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: 1
 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: CASA 43
 CALLE: CASA 43
 Nº: 157 DPTO: CUNAVITA
 VILLA O POBLACION: VALPARAISO
 COMUNA: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: 09 79473485

CORREO ELECTRONICO: _____
 FIRMADO DEL TRABAJADOR: [Firma]

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

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

APELLIDO PATERNO: LEPE APELLIDO MATERNO: LOBOS NOMBRES: JAI ME ANA
 RUN: 13766976 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____

ESPECIALIDAD: DR. GNL
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: SAN IGNACIO

COMUNA: VALPARAISO

CORREO ELECTRONICO

Dr. Jaime Lepe Lobos
Médico Cirujano

FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

Nº: 725
32 236 4000

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES



NOMBRE, FIRMA, 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 recepción del documento.

TOTAL DIAS: _____
 DESDE: _____
 HASTA: _____

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

CURRICULUM VITAE

NOMBRE	HAZEL LIZANA ROJAS
RUT	17.834.412-9
NACIONALIDAD	CHILENA
ESTADO CIVIL	SOLTERA
FECHA DE NACIMIENTO	24-03-1991
DIRECCION	SANTA LUISA D-5
CONCON	
TELEFONO	73752370 71890564
CORREO MAIL	<u>the.hazz@hotmail.com</u>

ANTECEDENTES ACADEMICOS

ENSEÑANZA BÁSICA
COLEGIO ALCAZAR 1998-2005
SANTIAGO-CHILE

ENSEÑANZA MEDIA
LICEO VIÑA DEL MAR 2006-2009
VIÑA DEL MAR

ANTECEDENTES SUPERIORES

TÉCNICO AUDIOVISUAL DUOC VIÑA DEL MAR
2010 -2011

TÉCNICO EN ENFERMERÍA DUOC VALPARAÍSO
2012-2014

PRIMERA PRÁCTICA 2012
HOSPITAL NAVAL CIRUGÍA

**SEGUNDA PRÁCTICA 2012
HOSPITAL NAVAL MÉDICO QUIRÚRGICO**

**TERCERA PRÁCTICA 2013
HOSPITAL NAVAL URGENCIA**

**CUARTA PRÁCTICA 2013
CONSULTORIO DEL ADULTO- VALPARAÍSO**

**EGRESADA DICIEMBRE 2013
TITULADA SEPTIEMBRE 2014**

**INTERNADO PROFESIONAL 2014
HOSPITAL NAVAL MATERNIDAD
PREPARTO**

**TRABAJO EN HOSPITAL NAVAL DESDE
SEPTIEMBRE 2014 A MARZO 2015.**

**REFUERZO DE INVIERNO
EN CIUDAD DEL MAR
DE JUNIO A SEPTIEMBRE 2015.**

**REEMPLAZO EN HOSPITAL GUSTAVO FRICKE
POSTA ADULTO NOVIEMBRE 2015**

HOSPITAL CLINICO MES DE DICIEMBRE 2015

DICIEMBRE 2015.

CERTIFICADO DE TÍTULO

Certifico que conforme a la ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, los Reglamentos del INSTITUTO PROFESIONAL DUOC UC y según consta en Registro de Título N° 61658 con fecha 05 de julio de 2014 se otorgó a don(a) HAZEL ARIANA LIZANA ROJAS, RUT N° 17834412-9 el título técnico de nivel superior de

TÉCNICO SUPERIOR DE ENFERMERÍA

La Nota de Titulación obtenida fue un 4,9 (cuatro coma nueve)

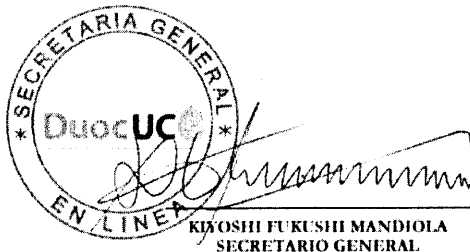
Santiago, 24 de diciembre de 2015



0473175101

Para verificar validez del presente certificado ingresar el número del código de barra en: <http://certificados.duoc.cl/validar>.

Las Certificaciones emitidas a través de esta página, son otorgadas bajo Firma Electrónica Avanzada, en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.799 y su Reglamento.



CERTIFICO: Que tuve a la vista certificado numero Código Verificador N°: 0473175101 de fecha 24 de Diciembre de 2015 en el cual verifique y es copia fiel del original en el sitio web: <http://appserver03.duoc.cl/icl/icl?path=certificados/validar/su> bmit Viña del Mar, 24 de Diciembre de 2015.-

RAUL FARREN PAREDES
NOTARIO PÚBLICO
PRIMERA NOTARIA DE VIÑA DEL MAR





REPUBLICA DE CHILE



500105353222

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Uso exclusivo para ASIGNACION FAMILIAR

Circunscripción : SANTIAGO
Nro. inscripción : 2.744 Registro : S Año : 1991
Nombre inscrito : HAZEL ARIANA LIZANA ROJAS

R.U.N. : 17.834.412-9
Fecha nacimiento : 24 Marzo 1991
Sexo : Femenino
Nombre del padre : RAMÓN IVÁN LIZANA RAMÍREZ

R.U.N. del padre : 5.746.065-2
Nombre de la madre: PATRICIA DEL ROSARIO ROJAS PIZARRO

R.U.N. de la madre: 9.400.530-2
* PARA SER PRESENTADO EN INSTITUCIONES PREVISIONALES *

FECHA EMISIÓN: 24 Diciembre 2015, 11:05.

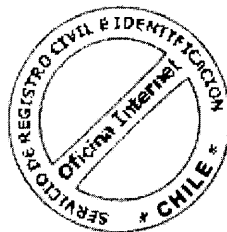
Certificado Gratuito

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

RAUL FARREN PAREDES

ABOGADO

NOTARIO PUBLICO

Villanelo 66

Fono Fax: 2711060 - 2711124

E-mail: raulfarren@notariafarren.cl

VIÑA DEL MAR

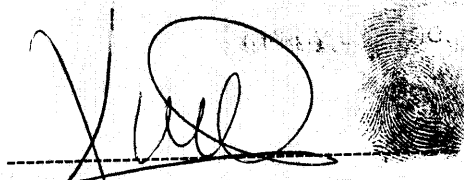
DECLARACION JURADA NOTARIAL

En Viña del Mar, República de Chile, a 24 de Diciembre de 2015, ante el Ministro de Fé que autoriza, comparece doña **HAZEL ARIANA LIZANA ROJAS C.I. 17.834.412-9**, chilena, soltera, técnico en enfermería, con domicilio en Santa Luisa D-5, Quintero y de paso en esta, mayor de edad, quien acredita su identidad con su cédula personal ya anotada y expone:

Que, por su palabra de Honor y bajo Fé de juramento, viene en formular la siguiente declaración, que es fiel expresión de la verdad:

Que vengo en declarar que no me encuentro inhabilitado para ejercer cargo público por sentencia, judicial firme, condenada por crimen o simple delito y destituida administrativamente de cualquier empleo.- Formula la presente declaración para ser presentada en la institución que lo solicite.

Previa lectura, formula y suscribe la declaración que antecede con pleno conocimiento de la disposición contenida en el Artículo 210 del Código Penal de la República y asumiendo la responsabilidad legal correspondiente.cio


FIRMA DEL DECLARANTE
FIRMO ANTE MI, fecha ut supra


RAUL FARREN PAREDES
NOTARIO PÚBLICO
PRIMERA NOTARIA DE VIÑA DEL MAR

