



CORPORACIÓN
DE SALUD Y EDUCACIÓN

MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA

REGIÓN METROPOLITANA

| CADA VEZ MEJOR



ORD. : Nº _____
ANT. : Ord. Nº _____ COMUDEF
MAT. : Remite Licencia Médica.

LA FLORIDA, _____

De: Director (a) _____

A: Señor Secretario General

1.- Adjunta Licencia Médica de:

Nombre:			
Diagnóstico:			
Días: Desde _____ Hasta _____ Total _____			

2.- Solicita reemplazante (*) SÍ NO

2.1.- Área Educación:

Descripción funciones de la persona con licencia			
Hrs. Cronológicas	<input type="checkbox"/>	Jornada	<input type="checkbox"/>
Contratadas	Curso <input type="checkbox"/> Hrs. frente <input type="checkbox"/> a curso		
Asignaturas:	Nombre	Horarios	
Señalar si la persona se desempeña en otro colegio: _____			
Total Hrs. cronológicas: _____		Establecimiento: _____	

2.2.- Área Salud:

Descripción funciones de la persona con licencia			
Hrs. Contrato.	<input type="checkbox"/>	Cargo	<input type="checkbox"/>
Función _____			
Señalar si la persona se desempeña en otro establecimiento: _____			
Total Hrs. cronológicas: _____		Establecimiento: _____	

2.2.- Áreas Educación y Salud:

Personal Administrativo y Auxiliar:		
Función	<input type="checkbox"/>	Hrs. Contrato

(*) SÓLO SE REEMPLAZAN LICENCIAS DEL TRABAJADOR POR MÁS DE 5 DÍAS HÁBILES

Saluda atentamente a usted,

DIRECTOR ESTABLECIMIENTO

USO EXCLUSIVO COMUDEF	
OFICINA DE PERSONAL	ÁREA TÉCNICA
Licencias anteriores	<input type="checkbox"/>
Total días ausencia	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Observaciones	<input type="checkbox"/>
	Reemplazante <input type="checkbox"/>
	Hrs. Contrato <input type="checkbox"/>
	Periodo contrato <input type="checkbox"/>
	Renta propuesta \$ <input type="checkbox"/>
	Título <input type="checkbox"/>
	Observaciones <input type="checkbox"/>