

CIRCULAR 1818/87/AD

Exp. 4110/87

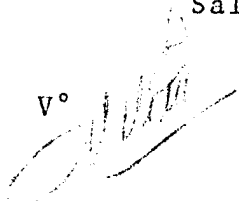
Montevideo, 9 de abril de 1987.-

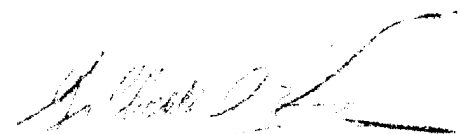
SEÑOR DIRECTOR O JEFE DE. . . . .

PRESENTE

El Consejo de Educación Secundaria dispuso hacer saber a usted que la CIRCULAR N° 73, Acta N° 19, Resolución N° 51, de fecha 12/3/87, del Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública, fue comunicada - por Oficio Mimeografiado N° 50/87, (procedimiento sol.lic.médica).

Saluda a usted, atentamente

v° 



Prof. Gilberto O. VICO

Secretario General

Montevideo, 30 de marzo de 1987.-

SEÑOR DIRECTOR O JEFE DE . . . . .

PRESENTE

El Consejo de Educación Secundaria en fecha 26 de marzo de 1987, dispuso dar a conocer lo resuelto por el Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública, en sesión del día 12 de marzo de 1987, Acta Nº 19, Resolución Nº 51 que se transcribe:

"PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE LICENCIA MEDICA

En cumplimiento a lo dispuesto por el Consejo Directivo Central en el Acta Nº 80, Resolución 4041 del 23/10/86, se realizó la unificación de los distintos Servicios de Certificaciones de A.N.E.P. en el Departamento de Certificaciones Médicas de la División Salud y Bienestar Estudiantil.

Este Departamento realiza las certificaciones por enfermedad, embarazo, medio horario por lactancia, juntas y peritajes médicos, de todos los funcionarios tanto docentes como administrativos y de servicio, pertenecientes a CO.DI.CEN., Consejo de Enseñanza Primaria, Consejo de Enseñanza Secundaria y Consejo de Educación Técnico Profesional.

Todos los aspectos relativos a licencias médicas y juntas médicas, serán resueltas por aplicación del Reglamento de Licencias Médicas para funcionarios de A.N.E.P. (Circular Nº 63 del CO.DI.CEN., Acta Nº 35, Resolución Nº 20 de fecha 15.5.86)

A fin de racionalizar trámites administrativos, el Departamento de Certificaciones comunica que a partir del día 1º de abril de 1987, se pondrá en uso el formulario que se adjunta, poniéndose en práctica los siguientes procedimientos:

PARA SOLICITAR LICENCIAS MEDICAS, TODOS LOS FUNCIONARIOS DEPENDIENTES DE A.N.E.P. (Docentes y no docentes) UTILIZARAN EL FORMULARIO ADJUNTO. En el mismo los interesados completarán con letra de imprenta y clara, los siguientes ítems:

- Nº 1) Señalará con una cruz, el tipo de licencia médica que solicita,
- Nº 2) y el Consejo del que depende su cargo.
- Nº 4) Registrará su nombre y apellidos completos,
- Nº 5) Documento de Identidad,
- Nº 6) Número de su Carné de cobro,
- Nº 7) y de su tarjetá de reloj.

- Nº 8) Indicará calle y número de su domicilio, como asimismo en que calles se encuentra.
- Nº 9) Registrará la localidad
- Nº 10) y el departamento donde vive.
- Nº 11) En este cuadro registrará la denominación del cargo que ocupa, marcando con una cruz si es docente o no docente.
- Nº 12) En este ítem indicará nombre de la oficina, o número de la escuela o liceo correspondiente, y el turno en el que cumple funciones,
- Nº 13) y el departamento donde está radicado el cargo.
- Nº 14) SOLO LOS FUNCIONARIOS DOCENTES, indicarán en este cuadro carga horaria en la(s) línea(s) correspondiente(s).
- Nº 15) TODOS LOS FUNCIONARIOS deben indicar si poseen otro cargo realizar la correspondiente solicitud de licencias
- Nº 16) FIRMA DEL SOLICITANTE
- Nº 17) IMPORTANTE: El solicitante recibirá esta constancia en el momento de la certificación y deberá enviarla a su lugar de trabajo dentro de las 24 horas siguientes.

#### I) LICENCIAS MEDICAS DE CAPITAL

##### 1) A consultorio

Los solicitantes de licencias médicas iniciarán el trámite personalmente en el Departamento de Certificaciones, sito en la calle Acevedo Días Nº 1687, donde previa presentación del Carné de Identidad, les será entregado un formulario que completarán de manera indicada anteriormente y al que adjuntarán el certificado de su médico tratante donde conste la afección.

##### 2) A domicilio

Los solicitantes de licencias médicas que no puedan concurrir al Departamento por impedírsele su enfermedad, deberán proveer del formulario correspondiente retirándolo del Centro de A.N.E. más cercano a su domicilio. El mismo le será entregado previa presentación del documento de identidad. Esta gestión podrá realizarse por intermedio de persona responsable.

EL FUNCIONARIO QUE ENTREGA EL FORMULARIO debe completar el cuadro Nº 3) indicando:

- a) fecha en que entrega el formulario
- b) su firma habitual
- c) contrafirma
- d) sello de la dependencia (escuela, Liceo, oficina)

Una vez completados los ítems indicados, el interesado realizará la solicitud en forma telefónica al Dpto. de Certificaciones Médicas por los teléfonos:

41.00.51

- 40.92.40

- 41.39.02

y aguardará en su domicilio (o lugar de internación) la llegada del médico certificador a quien le entregará el formulario y certificado del médico tratante.

#### AL MEDICO CERTIFICADOR EN MONTEVIDEO

le corresponde completar los cuadros 22 y 23 en el momento de la certificación de la siguiente forma:

- Nº 22) a) fecha en que realiza la certificación  
b) Indicará con una cruz, si la misma se realiza en el consultorio o en domicilio.  
c) Indicará si aconseja o no la licencia. En caso positivo marcará el motivo de la misma.  
d) En caso contrario realizará las observaciones pertinentes en el espacio indicado a tal fin.  
e-f) Indicará las fechas de comienzo y finalización de las licencias aconsejadas  
g) Registrará su firma y contrafirma al pie del cuadro.

Nº 23) En este cuadro el médico señalará:

- a) La fecha en que realiza la certificación.  
b-c) Nombre completo y documento de identidad del solicitante.  
d-e) Fecha de inicio y finalización de la licencia aconsejada  
f) Dejará constancia de las observaciones que crea pertinente y  
g) Firma y contrafirma al pie del cuadro.

ENTREGARA LA CONSTANCIA AL FUNCIONARIO.

#### II) LICENCIAS MEDICAS DEL INTERIOR

El régimen de certificaciones en el Interior será el mismo que rige actualmente por convenio con el Ministerio de Salud Pública, salvo el cambio del formulario.

En este impreso, se utilizarán los cuadros 18 y 19 para documentar dichas certificaciones.

IMPORTANTE: En caso de licencias por maternidad deberá obligatoriamente constar la fecha probable de parto; en caso de prórroga por atraso del mismo, se indicará la fecha de nacimiento a fin de realizar el cálculo de los días de licencia correspondiente.

#### III) PROCEDIMIENTOS INTERNOS

El departamento de Certificaciones Médicas enviará diariamente los formularios con la correspondiente certificación

a las diferentes dependencias.

- Si es una certificación a domicilio, el médico entregará al Dpto. de Certificaciones, el formulario con las anotaciones pertinentes dentro de las 24 horas de haber recibido el llamado.
- El cuadro Nº 0, es para uso de las diferentes dependencias.
- En el cuadro Nº 20, el Dpto. de Certificaciones controlará el trámite interno del formulario.
- En el cuadro Nº 21, los departamentos de licencias de los diferentes Consejos realizarán las anotaciones pertinentes.-

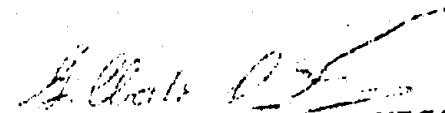
#### IV) JUNTAS MEDICAS

Las Juntas Médicas se realizarán los días Martes y Jueves a la hora 10.

El Departamento de Certificaciones Médicas, directamente o por intermedio de las correspondientes Inspecciones citará a los funcionarios otorgándoles día y hora de concurrencia."

Saluda a usted atentamente

Vº

  
Prof. Gilberto O. VICO  
Secretario General

DESTINO: Liceos Oficiales del país y dependencias.-

N-O-T-A: El Of. Mim. 49 fue remitido a liceos del país y dependencias.-

ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PUBLICA

CO. DI. CEN.

División Salud y Bienestar Estudiantil  
Departamento de Certificaciones Médicas

EXPEDIENTE Nº                      ①  
OFICIO                       
AÑO 19

① SOLICITUD DE LICENCIA

Por enfermedad    
Por maternidad    
Por lactancia

② FUNCIONARIO DE

CO. DI. CEN.    
C.E.P.    
C.E.S.    
C.E.T.P.

③

USA	Res	AMP

④

Firma funcionario que entrega formul.

⑤

Contratista

⑥ SELLO

④ NOMBRE Y APELLIDO

⑤ C.I.

⑥ Nº Cebro

⑦ T. Relej

⑧ DOMICILIO

entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

⑨ LOCALIDAD

DEPARTAMENTO ⑩

CARGO ⑪

DEPENDENCIA ⑫

DEPTO. ⑬

TURNO

Docente  No docente

CARGA HORARIA ⑭

CARACTER	LUN.	MART.	MIER.	JUEV.	VIE.	SAB.	Hs. Sub/T	ASIGNATURA
Graduada								
Provisorio								
Suplente								
Total Hs.								

Declaro bajo juramento que también solicité licencia por la misma causal y por el mismo lapso en todas las otras tareas que desempeño.

⑮

Cargo Público: \_\_\_\_\_

Cargo Privado: \_\_\_\_\_

⑯

Firma del solicitante

⑰

Se hace saber que deberá permanecer en su domicilio hasta el reintegro laboral, y que esta constancia deberá ser presentada en su lugar de trabajo dentro de las 24 horas de aconsejada la licencia.

CERTIFICACION MEDICA EN EL INTERIOR

(18)

DIAGNOSTICO:

Día	Mes	Año

Fecha probable del parto / /

Firma Med. tratante

VALIDACION DE LICENCIA POR MED. M.S.P.

(19)

Desde

Día	Mes	Año

Firma del Med. M.S.P.

SELLO

Hasta

Día	Mes	Año

DEPTO. DE CERTIFICACIONES MEDICAS

Se tomó nota de la certificación en la ficha

(20)

/ /  
Fecha

Firma del funcionario

Entrada

/ /

Salida

/ /

DEPTO. DE LICENCIAS

(21)

Licencia con sueldo   
" sin sueldo

Firma

Entrada

/ /

Salida

/ /

CERTIFICACION MEDICA EN MONTEVIDEO

(22)

Día	Mes	Año

LICENCIA  
A consultorio  (b)  
A domicilio

SE CERTIFICA LICENCIA  
SI  NO  (c)

Por enfermedad   
Por maternidad   
Por lactancia

OBSERVACIONES:

(d)

(e)

Desde		
Día	Mes	Año

Hasta (inclusive)		
Día	Mes	Año

(f)

Firma del médico

DIVISION SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL

(23)

CONSTANCIA DE CERTIFICACION MEDICA

Día	Mes	Año

NOMBRE

(b)

(d)

Desde		
Día	Mes	Año

C.I.

(c)

Hasta (inclusive)		
Día	Mes	Año

(e)

OBSERVACIONES:

(f)

(g)

Firma del médico