

**I. MUNICIPALIDAD DE DOÑIHUE  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**DECRETO ALCALDICIO N° J 437**

**N° INT.: 446**

**DOÑIHUE, 33 03 - 2015**

**CONSIDERANDO:**

La licencia médica presentada por, Doña (o).:  
**FABIAN FUENTES MORI**, Administrativo del Cesfam Municipal Doñihue.

**VISTOS:**

- 1.- Nombramiento del titular vigente.
- 2.- Ley N° 19.378/95, Artículo N° 19, Inciso 2° del Estatuto de Salud Municipal.
- 3.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, en su Título II, párrafo 2°, artículo 63 (Ex 56).

**DECRETO:**

Reconózcase Licencia Médica de Doña (o).:  
**FABIAN FUENTES MORI**, Administrativo del Cesfam Municipal Doñihue, categoría E, Nivel 15

NOMBRE	N° LICENCIA MEDICA	DESDE	HASTA	N° DIAS
--------	--------------------	-------	-------	---------

FABIAN FUENTES MORI	2-47000190	28.02.15	14.03.15	15
---------------------	------------	----------	----------	----

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**



**LEIAN CONTRERAS BARRIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL**



**BOLIVAGUNA GONZALEZ  
ALCALDE**

**BAG/LCB/MZB**

**Distribución:**

- 1.- Arch. Depto. Salud
- 2.- Arch. Of. Partes