



REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Departamento de Personal

DECRETO EXENTO N° : 2018 /

PARRAL, Noviembre 23 del 2010.-

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confiere la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- La Licencia Médica N°31651386, presentada por doña **PATRICIA MOLINA SANHUEZA.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **PATRICIA MOLINA SANHUEZA**, Administrativo, Grado 16° E.M.R., por (01) Un día de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 23.11.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 24.11.2010.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



Jaqueline Silva Saldías
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFA DE PERSONAL



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.



Licencia Médica

La COMPIN, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán archivar 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. N° 371984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 31651386

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **FLORIAN** APELLIDO MATERNO: **Sanhueza** NOMBRES: **Patricia del Carmen** RUN: **12360608-0**
 FECHA EMISION LICENCIA: **22/11/10** FECHA INICIO DE REPOSO: **23/11/10** EDAD: **36** SEXO: **F**
 N° DE DIAS: **01** N° DE DIAS EN PALABRAS: **uno**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.

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 HIJO MENOR DE UN AÑO
 5 - ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 - ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 - PATOLOGIA DEL EMBRAZAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 - SI 2 - NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 - SI 2 - NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 HORA: _____ MINUTOS: _____ TRAYECTO: 1 - SI 2 - NO

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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 - REPOSO LABORAL TOTAL
 2 - REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A - MAÑANA B - TARDE C - NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1 - SU DOMICILIO 2 - HOSPITAL 3 - OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____

DIRECCION: CALLE N°: DEPTO: COMUNA: **Parral # 170**
Parral

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **74128889**

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **PEREGRINE** APELLIDO MATERNO: **Urtebe** NOMBRES: **Patricia** RUN: **15370122-6**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
073750200 facofacel puto wbu ok fir

ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica. TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica. TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los 30 días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIPO DE EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: _____

 1 - SI 2 - NO

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA PARA LICENCIADOS O TRABAJADORES INDEPENDIENTES)