

REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Coordinación Salas Cunas

DECRETO EXENTO N° : 21937

PARRAL, 18 Mayo del 2011.

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- El Decreto Exento N° 4.567, de fecha 27.12.2007.
- 3.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- La Licencia Médica N° **22539348** presentada por doña **ELEN CAMPOS CANDIA**.

DECRETO:

1.- **AUTORIZÁSE**, a doña **ELEN CAMPOS CANDIA**, Técnico en atención de Párvulos de la Sala Cuna Dulces sonrisas, ubicada en el sector de Viña del Mar, por cuarenta y dos días (42) días de Licencia Pre-Natal, a contar del 16.05.2011, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.06.2011.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.

ANÓTESE, REFRÉNDESE Y COMUNÍQUESE.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Eva Ortega Urrutia
EVA ORTEGA URRUTIA
DIRECTORA DIDECO

IUE/ARC/EOU/rfv.

DISTRIBUCION: Archivo, Coordinación Salas Cunas(2).

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

N° 1 - 22539348

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CAMPOS CANDIA ELEN

1402346A 2

170511

160511

29

F

42

CUARENTA Y DOS

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

Empty fields for child identification

Empty fields for birth date and RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

3

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL 1=SI 2=NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 1=SI 2=NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

Trayecto 1=SI 2=NO

FECHA DE LA CONCEPCION 10 10

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 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 V. Las Casas Av. Le Glorie #587. Paineal

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 98602192

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CISTERNA GOMEZ ISABEL

12545507 7

Signature of Isabel M. Cisterna Gomez

FIRMA DEL TRABAJADOR

3 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO ISABEL M. CISTERNA GÓMEZ

R.U.T.: 12.545.507-7

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

Table with columns: TOTAL DIAS, DESDE, HASTA, DIA, MES, AÑO. Rows showing dates from 12/02/11 to 15/04/11.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Stamp: MUNICIPALIDAD DE PAINAL, DIRECCION Desarrollo Comunitario

1 1 = SI 2 = NO

Vertical text on the left side: Deberá presentar la licencia...