



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

DECRETO EXENTO N°: 4456 /

PARRAL, Septiembre 26 del 2011.-

**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°**34374592**, presentada por doña **PATRICIA MOLINA SANHUEZA.-**

**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **PATRICIA MOLINA SANHUEZA** Administrativo Grado 16° E.M.R., por Un (01) día de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 23.09.2011., debiendo reasumir a sus funciones el día 24.09.2011.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.**

  
*Jaqueline Silva Saldias*  
**JAQUELINE SILVA SALDIAS**  
**JEFA DE PERSONAL**

  
*Alejandra Roman Clavijo*  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

**DISTRIBUCION**

- Archivo.
- Personal.
- Administración.



Nº 2 - 34374592

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NO				LINA				SACHAVEGA				MARILYN				12360608				6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN														
230911		230911		38		F														
01																				
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS		FECHA INICIO DE REPOSO		EDAD		M.F.		SEXO										

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO solo para mujeres con enfermedad grave hijo menor de un año y no nacido.  
(Art. 199 y 201 del C. del Trabajo y juicio de adopción de mayo 11 de 1977)

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO			

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
<input type="checkbox"/> 2	2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
<input type="checkbox"/> 3	3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
<input type="checkbox"/> 4	4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
<input type="checkbox"/> 5	5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
<input type="checkbox"/> 6	6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
<input type="checkbox"/> 7	7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] HORA MINUTOS
FECHA DE LA CONCEPCION	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
<input type="checkbox"/> 2	2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>
	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCION, CALLE, N° DEPTO. COMUNA	Ute la Aldea 19 228 Sued
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	91563313

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LINA				Ballester				Guillermo				Firma del Trabajador			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Especialidad									
8099603		9		14913.6		A									
462346		A		M. V. 1120		462346									

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

*[Handwritten Signature]*


Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

LA LICENCIA ANTERIOR EN LOS EFECTOS DEBEN SER CONSIDERADAS EXISTENTES