



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

DECRETO EXENTO N°: 4930 /

PARRAL, Octubre 19 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°**24628395**, presentada por doña **GLADYS PARADA KOVACIC**.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **GLADYS PARADA KOVACIC**, Administrativo, Grado 16° E.M.R., por (01) Un día de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 14.10.2011., debiendo reasumir a sus funciones el día 15.10.2011.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



GLADYS VASQUEZ BARRERA
GLADYS VASQUEZ BARRERA
JEFA DE PERSONAL (S)



Alejandro Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARNAL

68130700 K

637700

181011

DIECIOCHO 720

PARNAL

PARNAL

8

16

FORMULARIO DE REGISTRO DE EMPLEADOS

2

08

A.F.T. PROVIDA

2

2

1

080591

010105

SECCION DE SERVICIOS

SECCION DE SERVICIOS

D

I, MUNICIPALIDAD DE PARNAL

FORMULARIO DE REGISTRO DE EMPLEADOS

FECHA	PERIODO	VALOR	VALOR	VALOR
08	07	11	30	
08	08	11	30	414.376.-
08	07	11	30	412.482.-
				412.482.-



SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

N° 1 - 24628395

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

P A N A D A				W O U A N C				C U A N T I S				P A C O				1 7 3 7 9 9 3 6				5
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN								
1 4 1 0 1 1				1 4 1 0 1 1				2 8				M o F				F				
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				EDAD				SEXO								
0 1																				
N° DE DIAS				N° DE DIAS EN PALABRAS																

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.
 (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y juicio de adopción plena (Ley 18.367)).

												[] [] [] []											
APELLIDO PATERNO												APELLIDO MATERNO				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO			
APELLIDO PATERNO												APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	[] [] [] [] [] [] DIA MES AÑO
[] [] [] [] [] [] HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCION	[] [] [] [] MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCION : CALLE N° DEPTO. COMUNA <u>Alameda 1111 - Santiago</u>			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>84510000</u>			

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

P A N A D A				W O U A N C				C U A N T I S				P A C O				1 7 3 7 9 9 3 6				5
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN								
1 4 1 0 1 1				1 4 1 0 1 1				2 8				M o F				F				
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				EDAD				SEXO								
0 1																				
N° DE DIAS				N° DE DIAS EN PALABRAS																

REGISTRO COLLEJO PROFESIONAL _____ CORREO ELECTRONICO _____

TELÉFONO _____

FIRMA DEL TRABAJADOR [Firma]

1 = MEDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

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.

ESTADO DE LA LICENCIA MÉDICA

[Firma]

FECHA: _____

ISAPRE:

11	07	21	11	10	22	18
11	10	13	11	07	22	18
11	07	25	11	06	15	22
11	06	13	11	06	10	20

SE INSCRIBIÓ EN EL REGISTRO NACIONAL DE LICENCIADOS EN LA SALUD DEL P...