



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

DECRETO EXENTO N°: 1322 /

PARRAL, **11 Mar** 2014

- 1.- Las facultades que me confieren 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.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- La Licencia Médica N° **42855433** presentada por don (a) **BEATRIZ CASTILLO INOSTROZA.-**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN ALONSO DAMINO HERNANDEZ.**

**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **BEATRIZ CASTILLO INOSTROZA**, Honorarios, **Cinco** (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 03.03.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 08.03.2014.

**POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.**

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**



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

IDH/ARC/EOP/nba.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-

*Ivan Damino Hernandez*  
MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO CASILLAS APELLIDO MATERNO inos Sierra NOMBRES Bertha RUN 929662-5

FECHA EMISION LICENCIA 01/03/14 FECHA INICIO DE REPOSO 03/03/14 EDAD 48 SEXO F

N° DE DIAS 03 N° DE DIAS EN PALABRAS Cinco

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

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

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 1 AÑO  
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL  
7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA MES AÑO

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 MATUCANA #918  
Barral

TELEFONO (PERSONA DE CONTACTO): 77064730

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO ARRAMONA APELLIDO MATERNO Chamano NOMBRES Jose Ramon ESPECIALIDAD Medico - Cirujano

RUN 13786193-3 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL 32463-9 CORREO ELECTRONICO Arramona@horrucci.com

TELEFONO 073-2465579 DIRECCION OUTBACK #335, Parral FAX ← FIRMA DEL PROFESIONAL [Firma]

FIRMA DEL TRABAJADOR [Firma]

1 = MEDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

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

NOMBRE, FORMA Y TIEMPO DEL PARTO EN TORO O TR (SI APLICABLE) (N° de Embarazo)

DIAS	NOCHES	TOTAL DIAS

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica... 1 = SI 2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TRABAJADOR SECUTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio y dentro del periodo de vigencia.  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.