



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL.- 07 Jul 2015

DECRETO EXENTO N°: 6.733 /

**VISTOS:**

- 1.- Las facultades que me confiere la ley b N° 18.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.
- 2.- Lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios año 2015.
- 3.- La solicitud de Permiso Administrativo con Goce de Remuneraciones presentada por don(a) **NOELIA MONROY RODRIGUEZ.**
- 4.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN DAMINO HERNANDEZ.**

**DECRETO:**

- 1.- **CONCÉDASE**, al funcionario indicado en los vistos, **Un (1) día** de permiso administrativo con goce de remuneraciones, a contar de la Jornada de la **Mañana del día 24 de Junio del 2015.-**

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**

**POR ORDEN DE LA SEÑORA ALCALDESA.**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/epc.

**DISTRIBUCION:**

Personal.  
Archivo.



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

**SOLICITUD DE PERMISO ADMINISTRATIVO**  
 (SOLO HONORARIOS)

Monroy Apellido Paterno      Rodríguez Apellido Materno      Noelia Edith Nombres

R.U.T. [REDACTED] Dirección Villa San Agustín #26

Dideco Dependencia      OPD Unidad / programa

A la Señora Alcaldesa de la Comuna de Parral, solicito Permiso Administrativo de acuerdo con lo estipulado en mi contrato de Prestación de servicios a Honorarios respectivo.

Motivo: salud

1	2½	3½ 25
Días Solicitados	Días Ocupados	Pendientes a la Fecha

A Contar del: 24/06/2015

**SERÉ REEMPLAZADO POR:**



Vº Bº Jefe Directo

*[Firma manuscrita]*

Firma Solicitante

*[Firma manuscrita]*



*Mariela Guete Ortiz*  
 Trabajadora Social  
 Directora O.P.D.  
 PARRAL - RETIRO - LONGAVI

Vº Bº Unidad Personal

*[Firma manuscrita]*

Parral, 25/06/2015

<b>Nro.:</b> 46629	<b>Atención:</b> GENERAL/INDIFERENCIADA	<b>Fecha Ingreso:</b> 24/06/2015 18:04:12 hrs.	<b>USR.:</b> SLRIQUELME
RUT: [REDACTED]	Nombre: MONROY RODRIGUEZ NOELIA EDITH	Ficha:	Sexo: FEMENINO
Edad: 31-Años	Fec.Nac.: 02/01/1984	Domicilio: VILLA SAN AGUSTIN Nº 26	
Comuna:	PARRAL	Nº Teléfono Fijo:	Nº Teléfono Celular: 82716311
Calidad Previsional:	FONASA - B	Institución: FONASA	Chile solidario: PRAIS:
Motivo Consulta:	dolor garganta y oídos	Medio Llegada: POR SUS PROPIOS MEDIOS	Accidente Tránsito: Otro:
Procedencia:			
Lugar del Accidente :			

<b>ANTECEDENTES CLINICOS Y SIGNOS VITALES</b>	<b>Fecha:</b> 24/06/2015 18:16:33 hrs.	<b>USR.:</b> SJMAUREIRA
---	--	-------------------------

Descripción del Evento: [REDACTED]

Riesgo de Caída: [REDACTED]

Presión: [126 / 77] Temp. Axilar: [36.2°] Pulso: [78 x'] HGT: [ ] Peso: [ ]

Alergias: [SI metronidazol] DM : [NO] LCFA : [NO] HTA: [NO]

SAT O2 %: [98] GLASGOW: [ ] EVA: [ ] ECG: [ ] F.R.: [ ]

F.U.R.: [ ] Gestación(es): [ ] Partos: [ ] Abortos: [ ] Sem.Gestación: [ ] Días: [ ] Latidos Cardíofetales: [ ]

<b>DATOS DE ATENCION</b>	ATENDIDO <input checked="" type="checkbox"/>	NO CONTESTA LLAMADO <input type="checkbox"/>	ABANDONA ATENCION <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--	--

**FECHA y HORA INICIO ATENCIÓN :** 24/06/2015 18:47

Diagnóstico Principal: [J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)]

Diagnóstico Complementario: [REDACTED]

TRATAMIENTO
paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días
diclofenaco 75 mg im ahora

INDICACION
se dan recomendaciones generales signos de alarma para asistir al serv de urg
control en 72 hr con medico en la posta correspondiente para estudio de enf
receta med
reposo días

PATOLOGIA GES :  Si  No Confirmación Diagnóstica :  Si  No En Tratamiento :  Si  No

ATENCIÓN ASOCIADA A VIOLENCIA:  Si  No Tipo: [ ] Anticonceptivo de Emergencia: [ ]

ATENCIÓN POR ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA:  Si  No Anticonceptivo de Emergencia: [ ]

CONDICIÓN POST ATENCION :  Vivo  Fallecido Pronóstico: LEVE

Presión: [ / ] Temp. Axilar: [°] Temp. Rectal: [°] Peso: [ ]

Alcoholemia: [NO] Nro.Frasco [ ] Nombre Funcionario Policial: [ ] Placa Nº: [ ]

Destino:  Domicilio  Hospitalizar  A.P.S.  Otro Establecimiento  Otro

**FECHA y HORA FIN ATENCIÓN:** 24/06/2015 18:49

Observación: [cc de 3 días de odinofagia acompañado de malestar general refiere fiebre no cuantificada en lactancia materna]

Acompañante : [ ] RUT : [ ] Nº Teléfono Celular: [ ]