



República de Chile
Provincia de Linares
Dirección de Recursos Humanos

PARRAL,

DECRETO EXENTO N°: _____ /

VISTOS :

- 1.- Las facultades que me confiere la ley N° 18.695/88, ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883/89, ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales.
- 3.- El Certificado de Atención de 03 de Abril de 2023, de la Asociación Chilena de Seguridad.
- 4.- El Decreto Exento N°2651, del 12.07.2021, que Delega la firma de Alcalde al Director de Recursos Humanos, Don JAVIER MOREIRA BAUERLE, Directivo, Grado 8° E.M.S., o quien lo Subrogue.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, Permiso con Goce de Remuneraciones, por Accidente de Trabajo, Ley N°16.744, al funcionario, quien sufrió un Accidente de Trabajo, el día **03 de Abril de 2023**, el periodo de Reposo, es desde **03.04.2023** hasta el **06.04.2023** , por **04 días.-**

Don **GENARO ANTONIO ALVAREZ GAJARDO**, Auxiliar, Grado 17° E.M.S

ANOTESE, REFRENDESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



JAVIER MOREIRA BAUERLE
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANAOS

APRC/JMB/gvb.-

DISTRIBUCION

1.-Archivo.

2.-Copia Digital: Dirección de Recursos Humanos (gladysvasquez@parral.cl).

Jefa de Personal

KARLA GUZMAN GUZMAN



ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades



Fecha de emisión: **03/04/2023**

Hora de emisión: **11:34:40**

N° Orden de Reposo: **0007736951**

1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Fecha de la DIAT o DIEP: **03/04/2023** Tipo Siniestro: **ACCIDENTE DE TRABAJO**

Código Único Nacional (CUN):

Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): **DIAT**

2. DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social: **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

RUT: **69.130.700-K**

Dirección: **DIECIOCHO 720** Comuna: **PARRAL**

3. DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: **GENARO ANTONIO ALVAREZ GAJARDO** RUT: **13.842.183-K** Número de Certificado: **0007736951**

Dirección: **III SUR 278** Comuna: **PARRAL**

Teléfono: **990000645**

Fecha de Presentación: **03/04/2023** Hora Presentación: **09:18:13** Hrs Número Paciente: **1001672078**

4. DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha Reposo Laboral:

Desde: **03/04/2023** Hasta: **06/04/2023** Número de días: **4**