

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

DECRETO EXENTO N°: 930 /

PARRAL, Abril 01 del 2009.-

VISTOS:

- 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.- La Licencia Médica N° 25093467, presentada por Don **PABLO PALMA CONTRERAS.-**

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a don **PABLO RODRIGO PALMA CONTRERAS**, Administrativo, Grado 16° E.M.R., por Cuatro (04) días de Licencia Médica, a contar del 31.03.2009, debiendo reasumir a sus funciones el día 04.04.2009.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



MIGUEL GONZALEZ ARCOS  
JEFE DE PERSONAL (S)



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION: Archivo, Personal, Administración.



# Licencia Médica

La COMPIN, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°31984.

MINISTERIO DE SALUD

## N° 2-25093467

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL.

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**PA** **UNA** **CON** **TR** **ER** **AS** **P** **A** **B** **L** **O** **R** **O** **1** **2** **3** **4** **5** **2** **5** **0** **8** **2** **2**

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

**310309**

FECHA INICIO DE REPOSO

**310309**

**35**

M+F

**M**

SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

DIAS    MES    AÑO    EDAD

**04**  
N° DE DIAS

**CUATRO**  
N° DE DIAS EN PALABRAS

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hija menor de un año y post natiem.

Art. 199 y 200 del C. Del Trabajo y Juicio de adopción (Ley 18.861).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

**1**

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3 = LICENCIA MATERNA, PRE Y POST NATA
- 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL

1 = SI  
 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

1 = SI  
 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO

DIAS    MES    AÑO

HORA    MINUTOS

TRAVECTO

1 = SI  
 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES    AÑO

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

**1**

- 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
- 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA

REPOSO PARCIAL

- A = MAÑANA
- B = TARDE
- C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO **1**

- 1 = SU DOMICILIO
- 2 = HOSPITAL
- 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION : CALLE, N° DEPTO, COMUNA

*Jillie Dona Pizarro*  
**Pye 7 N° 1132, Pajaral**

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

**97930496**

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**VE** **6** **A** **6** **0** **0** **0** **7** **R** **A** **F** **A** **E** **L**

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES

**TRIOGLAC**

**1**

- 1 = MEDICO
- 2 = DENTISTA
- 3 = MATRONA

**111320286** **6**

RUN

**207PB-5**

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

**462275**

CORREO ELECTRONICO

**462275**

TELÉFONO

**Amibél Pinto #715 9205**

DIRECCION

FAX

FIRMA DEL PROFESIONAL

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

