

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

DECRETO EXENTO N° : 941 /

PARRAL, Abril 02 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.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- La Licencia Médica N° 22539416, presentada por doña ROSA VILLALOBOS ORTEGA.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña ROSA VILLALOBOS ORTEGA, Técnico Grado 11° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 01.04.2009, debiendo reasumir a sus funciones el día 04.04.2009.-

2.- **DESIGNASE**, como Encargado de Adquisiciones Subrogante por el período señalado a don CESAR LARRAÑAGA GUTIERREZ, Técnico Grado 12° E.M.R

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



Glady Vasquez Barrera
GLADYS VASQUEZ BARRERA
JEFE DE PERSONAL (S)



Adelqui Millar Bravo
ADELQUI MILLAR BRAVO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

DISTRIBUCION:

- Archivo
- Personal (2).

VILLALOBOS ONTEGA ROSA 06956421 6

APELLIDO PATERNO: VILLALOBOS APELLIDO MATERNO: ONTEGA NOMBRES: ROSA
 FECHA INICIO DE REPOSO: 01/04/99 EDAD: 518 SEXO: F
 FECHA EMISION LICENCIA: 01/04/09 N° DE DIAS: 03 N° DE DIAS EN PALABRAS: TRES DIAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO 569 para licencia que este sea de grave tipo menor de un año y seis meses.
 APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUT: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3 = LICENCIA MATERNA AL PRINY PONI NATAL
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECEPTIBILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE DE INVALIDIZ: 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 HORA: _____ MINUTOS: _____ 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: A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1 = EN DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____

DIRECCION - CALLE: N° DEPTO: COMUNA: Parral - Claudio
Barrero 728 - Parral

TELEFONO (PERSONAL) O DE CONTACTO: _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: TORRES APELLIDO MATERNO: JIMENEZ NOMBRES: STOLBERG

RUT: 14707474 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 3 CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO: 4644 Parral

Firma: Villalobos
 FIRMA DEL TRABAJADOR
 Nombre: Rosa - Oniega 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
 ESPECIALIDAD: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

REQUISITOS PARA LA EMISION DE LA LICENCIA DE REPOSO LABORAL PARCIAL
 (Firma manuscrita)

Jefe de Municipalidad de Parral Personal

TOTAL DIAS		DIAS		DIA		DIA		DIA		DIA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

1 = SI 2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

DEBE PRESENTAR LA LICENCIA ANTES DE INICIAR EL TRABAJO. DEBE PRESENTAR LA LICENCIA ANTES DE INICIAR EL TRABAJO. DEBE PRESENTAR LA LICENCIA ANTES DE INICIAR EL TRABAJO.