



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

DECRETO EXENTO N° : 5986 /

PARRAL,

05 Dic 2012

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confiere 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°38119916, presentada por doña **GLADYS VASQUEZ BARRERA.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **GLADYS VASQUEZ BARRERA**, Técnico, Grado 14° E.M.R., por (05) Cinco días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 03.12.2012., debiendo reasumir a sus funciones el día 08.12.2012.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFA DE PERSONAL



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

JVSS/APRC//gvb.
DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 38119916

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **UASQUEZ** APELLIDO MATERNO: **BARRENA** NOMBRES: **G LADYS** RUN: **8192784-7**
 FECHA EMISION LICENCIA: **01/12/12** FECHA INICIO DE REPOSO: **03/12/12** EDAD: **52** SEXO: **F**
 N° DE DIAS: **05** N° DE DIAS EN PALABRAS: **Cinco**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18,867).

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 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

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

HORA: _____ MINUTOS: _____
 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: **Villa O'Higgins**
N° 635 - F, Tercera

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **461447**

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **CARRASO** APELLIDO MATERNO: **AMIGO** NOMBRES: **DAVID** FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*
 RUN: **13895657-1** ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **25876481** CORREO ELECTRONICO: **Los leons 195, Pudahuel**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TITULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: _____



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	

ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento. 1 = SI 2 = NO **2**

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de inicio del reposo. TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica, dentro de los 3 días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de inicio del reposo.