



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

DECRETO EXENTO N°: 4564.1

PARRAL, **24** Set 2013

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° **30045100** presentada por don (a) **CAROLINA MORALES TAPIA.-**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN ALONSO DAMINO HERNANDEZ.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **CAROLINA MORALES TAPIA**, Honorarios, Doce (12) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 11.09.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 23.09.2013.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/nba.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

Licencia Médica

La COMPIN, la Unidad de Ejecución Ejecutiva de ISAPRES, en su caso, podrán realizar y aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo o dictarlo o cambiarlo de solo a parental o viceversa. Art. 16 RUS, N° 3 1984.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 1 - 30045100

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **MONTEZ** APELLIDO MATERNO: **TANIA** NOMBRE: **CAROLINA** RUC: **13842308**

FECHA EMISION LICENCIA: **11 09 13**

TIPO DE REPOSO: **1 1 09 1 3**

DÍAS: **32** SEXO: **F**

N.º DE DIAS: **12** N.º DE DIAS POR CADA: **POCE**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____ RUC: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD AGUDA O SIN DEFINICION
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENIVA
 3 = LICENCIA MATERNA (PRE Y POSNATAL)
 4 = ENFERMEDAD AGUDA O SIN DEFINICION MENOR DE UNO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAFICO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

7

REPERCUBIBILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO

DURACION DEL TRABAJO DEL TRAFICO: _____ DÍAS _____ MES _____ AÑO

DURACION DEL TRAFICO: _____ HORA _____ MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION: **03 13** MES _____ AÑO _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

N.º DE DIAS: _____

TIPO DE REPOSO: 1 = SI DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO MEDIO

REPOSICION DE DIAS: _____

OBSERVACIONES: *vela 1 hora de noche por A 539 Puel*

FECHA DE INICIO Y FIN DEL REPOSO: _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **Monte** APELLIDO MATERNO: **Val** NOMBRE: **Carla** FIRMA: *[Firma]*

RUC: **7066720**

REGISTRO DE LA COMPROFESIONAL: **566900** DIRECCION: **A Puel s/n**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TITULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1 = SI 2 = NO

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

Este formulario debe ser llenado por el trabajador o el empleador, según corresponda, y debe ser presentado al Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.