



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 13 Oct 2015

DECRETO EXENTO N°: 10.250 /

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 el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios año 2015.
- 3.- La Licencia Médica N° 48503085 presentada por don (a) **PAOLA SUAZO BRIONES**.
- 4.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a don **IVAN DAMINO HERNANDEZ**.
- 5.- EL Decreto Exento N° 10.109 de fecha 07.10.2015 que designa Secretaria Municipal Subrogante a doña **MARIA INES SOTO CERDA**.-

DECRETO:

AUTORIZASE, a don (a) **PAOLA SUAZO BRIONES**, Honorarios, cuatro (04) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 06.10.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 10.10.2015.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE
POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



**MARIA INES SOTO CERDA
SECRETARIA MUNICIPAL (S)**

IDH/MISC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.



Licencia Médica

Nº2- 48503085

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos 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 dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SUAZÑO APELLIDO MATERNO: ARMONÉS NOMBRES: PAOLA
 FECHA EMISION LICENCIA: 05/01/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 06/10/15 DIA: 06 MES: 10 AÑO: 15
 Nº DE DIAS: 04 Nº DE DIAS EN PALABRAS: CUATRO

RUN: [REDACTED] M/F: F
 FECHA DE NACIMIENTO: 26/05/98 EDAD: 37 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño 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: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] RUN: [REDACTED] FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO 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: [REDACTED] DIA: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]

HORA: [REDACTED] MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]

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): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: 1 Norte
 CALLE: [REDACTED] Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: LONGAVI
 COMUNA: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: Lohra APELLIDO MATERNO: Ballester NOMBRES: G. Muñoz
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 14913-6
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
 CALLE: Plaza
 COMUNA: Plaza

ESPECIALIDAD: gyn 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: gmu196@chilcoms.cl
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA	DIA
	MES	MES
	AÑO	AÑO

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

--	--	--	--	--	--	--	--

Trabajados.