



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 15 Oct 2015

DECRETO EXENTO N°: 10.354 /

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° 49593826 presentada por don (a) **YESENIA MATA GOMEZ**.
- 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) **YESENIA MATA GOMEZ**, Honorarios, dos (02) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 14.10.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 16.10.2015.

**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

Nº 2- 49593826

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. Nº 3/1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: MATA APELLIDO MATERNO: GUERRA NOMBRES: YVETTE MARÍA
 FECHA EMISION LICENCIA: 14/10/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 14/10/15 DIA: 14 MES: 10 AÑO: 15
 FECHA DE NACIMIENTO: 080890 EDAD: 25 M O F: F SEXO: F
 Nº DE DIAS: 002 Nº DE DIAS EN PALABRAS: DOS

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

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: _____
 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 DE REPOSO: _____
 CALLE: STN
 Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: Cerro Los Castillos
 COMUNA: PANAMA
 TELEFONO: _____ CELULAR: 710 57 259
 CORREO ELECTRONICO: _____

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

x por via letrada
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: PENA APELLIDO MATERNO: YRIGORREN NOMBRES: CONTRERAS ESPECIALIDAD: GENERA
 RUN: _____ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: pena.yrigorren@medicochile.cl
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____
 CALLE: ADRIAN PINTO Nº: 1064 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 COMUNA: PANAMA TELEFONO: 0932463774

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
DIAS	MES	AÑO
DIAS	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

trabajados.