



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 27 Oct 2015

DECRETO EXENTO N°: 10.832

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° 35809512 presentada por don (a) **MARICELA POBLETE BUSTOS**.
- 5.- 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**.

DECRETO:

AUTORIZASE, a don (a) **MARICELA POBLETE BUSTOS**, Honorarios, dos (2) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 26.10.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 28 .10.2015.

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



**IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL**

IDH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.



Licencia Médica

Nº1- 35809512

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

POBLETE MUSTOS MARICELA			[REDACTED]											
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			M ó F		
271015			261015			190979			91			F		
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			DIA MES AÑO			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD SEXO		
005			CINCO			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]		
Nº DE DIAS			Nº DE DIAS EN PALABRAS			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]		

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.

[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]			FECHA DE NACIMIENTO			[REDACTED]		
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			[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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

[REDACTED] DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

[REDACTED] MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 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
PSEI

CALLE
158

Nº DPTO
BOSSUE SUR

VILLA O POBLACION
PARAKAC

COMUNA
[REDACTED]

TELEFONO CELULAR

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

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

ROMERO GONZALEZ CAJUNO			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]		
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		
[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]		
DIRECCION			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]			[REDACTED]		

Especialidad: *[Firma]*
1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
[Firma]

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.
