



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 27 Oct 2015

DECRETO EXENTO N°: 10.839/

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° 35809509 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, cinco (5) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 19.10.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 24 .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- 35809509

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 PUBLICO: 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

P O R C E T E										B U S T O S										M A R I C E C A									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
2 0 1 0 1 5										1 9 1 0 1 5																			
FECHA EMISION LICENCIA										FECHA INICIO DE REPOSO																			
0 0 5										C I N C O																			
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																			

1 9 0 9 7 9										4 1										F									
FECHA DE NACIMIENTO										EDAD										SEXO									

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

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 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									
DIA MES AÑO									
HORA MINUTOS									
TRAYECTO 1= SI 2= NO									
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																			
Nº										DPTO																			
VILLA O POBLACION										COMUNA																			
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

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

R O M E R O										G O N Z A L E Z										C E N N O									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
RUN										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL																			

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION									
3 5 1 1									
CALLE									

1										1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA									
ESPECIALIDAD																			

CORREO ELECTRONICO										FIRMA DEL PROFESIONAL									
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 recepción del documento.									
1= SI 2= NO									

TOTAL DIAS										DESDE										HASTA									
DIA										MES										AÑO									
DIA										MES										AÑO									

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.
efectivamente
corresponden a los días

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