



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL,

24 Nov 2015

DECRETO EXENTO N°: 12.022/

**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° 49114538 presentada por don (a) **SILVIA VASQUEZ TORRES**.
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a don **VICTOR VALVERDE ROMERO**.

**DECRETO:**

**AUTORIZASE**, a don (a) **SILVIA VASQUEZ TORRES**, Honorarios, Diecinueve (19) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.11.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 12.12.2015.

**ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE, Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER-MUN.**

**VICTOR VALVERDE ROMERO  
ALCALDE(S) DE PARRAL**



**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL**

VVR/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo
- Personal.



# Licencia Médica

## Nº 2- 49114538

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

APELLIDO PATERNO: **VASQUEZ**      APELLIDO MATERNO: **TOBARES**      NOMBRES: **SILVIA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **23/11/15**      FECHA INICIO DE REPOSO: **23/11/15**  
 N° DE DIAS: **19**      N° DE DIAS EN PALABRAS: **Diecinueve**

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: **11/10/80**      EDAD: **35**      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]      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]      TRAYECTO:  1 = SI     2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: **04/15**

#### 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: **BORN**  
 CALLE: [REDACTED]      N°: **632**      DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: **PABRAL**  
 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

*[Firma]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **PINTO**      APELLIDO MATERNO: **FERNANDEZ**      NOMBRES: **LUIG**  
 RUN: **352540H-9**      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **10496-5**      ESPECIALIDAD: **Ginecología**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **Quilca**      CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 CALLE: **Linajes**      N°: **663**      FIRMA DEL PROFESIONAL: [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: