



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 24 Nov 2015

DECRETO EXENTO N°: 12.037

**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° 35810229 presentada por don (a) **JESSICA ALBORNOZ RODRIGUEZ**.
- 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) **JESSICA ALBORNOZ RODRIGUEZ**, Honorarios, cinco (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.11.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 28.11.2015.

**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 1 - 35810229

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

Apellido Paterno: RODRIGUEZ      APELLIDO MATERNO: JESSICA      NOMBRES: [REDACTED]

Fecha Emisión Licencia: 23/11/15      Fecha Inicio de Reposo: 23/11/15  
DÍA      MES      AÑO      DIA      MES      AÑO

RUN: [REDACTED]      M ó F: F  
Fecha de Nacimiento: 15/09/81      Edad: 34      Sexo: F

Nº de Días: 05      Nº de Días en Palabras: CINCO

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalas. (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

RECUPERABILIDAD LABORAL:  1= SI    2= NO      INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ:  1= SI    2= NO

Fecha del accidente del trabajo o del trayecto: \_\_\_\_\_  
DÍA      MES      AÑO

HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_      TRAYECTO:  1= SI     2= NO

Fecha de la concepción: \_\_\_\_\_  
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: SANTIAGO URRUTIA

CALLE: 119      Nº: \_\_\_\_\_      DPTO: \_\_\_\_\_

VILLA O POBLACION: PARRAL      COMUNA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_      CELULAR: [REDACTED]

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)

Apellido Paterno: MUÑOZ      APELLIDO MATERNO: PRICETO      NOMBRES: MICHELLE

RUN: [REDACTED]      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: PARRAL PINTO      Nº: 715

CALLE: PARRAL      COMUNA: PARRAL

Especialidad: Genl.

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

**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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

trabajados.