



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
 NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
 Departamento de Personal

PARRAL,

01 Dic 2015

DECRETO EXENTO N°: 12266/-

**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° 33863725 presentada por don (a) **DANIELA YAÑEZ GATICA**.
- 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) **DANIELA YAÑEZ GATICA**, Honorarios, Treinta (30) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 12.11.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 12.12.2015.

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

**POR ORDEN DE LA SEÑORA ALCALDESA.**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



**Alejandra Roman Clavijo**  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

IDH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo ✓
- Personal ✓





# Licencia Médica

Nº 1-33863725

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: **JANEZ**      APELLIDO MATERNO: **GATICA**      NOMBRES: **JANIELA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **13/11/15**      FECHA INICIO DE REPOSO: **12/11/15**      DIA: **12**      MES: **11**      AÑO: **15**  
 Nº DE DIAS: **30**      Nº DE DIAS EN PALABRAS: **TREINTA**

RUN: [REDACTED]      M ó F: **F**  
 FECHA DE NACIMIENTO: **15/06/90**      EDAD: **25**      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: **BAHAMONDE**      APELLIDO MATERNO: **JANEZ**      NOMBRES: **CIRIACO**

FECHA DE NACIMIENTO: **13/05/15**  
**24/986600-8**  
 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

**4**

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO:      DIA:      MES:      AÑO:

HORA:      MINUTOS:      TRAYECTO: **1** 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** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO: **GUAYLDA**

CALLE: **700**      Nº:      DPTO:

VILLA O POBLACION: **LA FLORIDA**      COMUNA:

TELEFONO:      CELULAR:      CORREO ELECTRONICO: **danielaandrea064@gmail.com**

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: **LUANARA**      APELLIDO MATERNO: **PENET**      NOMBRES: **AUER**  
 RUN: [REDACTED]      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **194689**

ESPECIALIDAD: **CARDIO-INF**      1= MEDICO      2= DENTISTA      3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: **AV CONCHA Y TORO**

DTE: **AUTO**

Nº: **3459**      CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]      FIRMA DEL PROFESIONAL: [SIGNATURE]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA				
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA 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.

1= SI       2= NO

trabajados.