



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 09 Dic 2015

DECRETO EXENTO N°: 12.723/

**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 Maternal N°49008055 presentada por don(a) **MARIA DEL PILAR DOMINGUEZ SEPULVEDA**.
- 4.- 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**.
- 5.- EL Decreto Exento N° 12.187 de fecha 30.11.2015 que designa Secretaria Municipal Subrogante a Doña **MARIA INES SOTO CERDA**.

**DECRETO:**

**AUTORIZASE**, a don (a) **MARIA DEL PILAR DOMINGUEZ SEPULVEDA**, Honorarios, treinta (30) días de Licencia Médica Maternal, para el restablecimiento de su salud, a contar del 01.12.2015, hasta el día 31.12.2015.

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

**POR ORDEN DE LA SEÑORA ALCALDESA.**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



*[Firma]*  
**MARIA INES SOTO CERDA**  
SECRETARIA(S) MUNICIPAL

IDH/MISCV/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal



# Licencia Médica

Nº2- 49008054

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: **DORINGUER**      APELLIDO MATERNO: **SOLUERA**      NOMBRES: **MARIA DEL PILAR**      RUN: [REDACTED]  
 FECHA EMISION LICENCIA: **01/12/15**      FECHA INICIO DE REPOSO: **01/12/15**      DIA: **01**      MES: **12**      AÑO: **15**      FECHA DE NACIMIENTO: **25/01/84**      EDAD: **31**      SEXO: **F**  
 Nº DE DIAS: **04**      Nº DE DIAS EN PALABRAS: **OCHENTA Y CUATRO**

### 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]      RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: **01/12/15**

### 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  
**3**

RECUPERABILIDAD LABORAL: **1** (1= SI, 2= NO)      INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** (1= SI, 2= NO)  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]      DIA: [REDACTED]      MES: [REDACTED]      AÑO: [REDACTED]  
 TRAYECTO: **1** (1= SI, 2= NO)  
 FECHA DE LA CONCEPCION: **03/15**      MES: **03**      AÑO: **15**

### 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** (1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO)  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]  
 DIRECCION DE REPOSO: **PARRAL LA LAGUNA**  
 CALLE: **S/N**      Nº: [REDACTED]      DPTO: [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION: **PARRAL**  
 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

*Maria Dominguez*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **RETADAL**      APELLIDO MATERNO: **JELVEZ**      NOMBRES: **IVETTE**      ESPECIALIDAD: **MATRONA**      **3** (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)  
 RUN: [REDACTED]      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]      CORREO ELECTRONICO: **RETADAL@CLINICAUCUCLA.PU**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **PEDRO AGUIRRE CERDA**      Nº: **35**  
**CHILLAN**      COMUI: **4**      FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Signature]*

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	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)

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