



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 22 Dic 2015

DECRETO EXENTO N°: 13.2661-

**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.- 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:**

- 1.- **AUTORIZASE**, Licencia Médica N°33981864 de don (a) **CARLA GAJARDO VASQUEZ**, Honorarios, dos (2) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 17.12.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 19.12.2015.
- 2.- **AUTORIZASE**, Licencia Médica Maternal N°49119576 de don (a) **MARIA MORALES SEPULVEDA**, Honorarios, veintidós (22) días de Licencia Médica Maternal, para el restablecimiento de su salud, a contar del 10.12.2015, hasta el 31.12.2015
- 3.- **AUTORIZASE**, Licencia Médica Maternal N°49115523 de don (a) **SILVIA VASQUEZ TORRES**, Honorarios, veinte (20) días de Licencia Médica Maternal, para el restablecimiento de su salud, a contar del 12.12.2015, hasta el 31.12.2015.

**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 (3)





# Licencia Médica

Nº 1-33981864

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 periodo 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 periodo 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

GAJARDA VASQUEZ CARLA ANDREA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

171215 171215 140280 35 7  
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

02 20 DIAS  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

### 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 RUN

FECHA DE NACIMIENTO

### 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  
 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 PRINCIPAL  
 CALLE 400  
 Nº DPTO VILLA TAGUISTENIS  
 VILLA O POBLACION PARRAL  
 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

*[Firma]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

ORTEGA URIBE CLAUDIA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

ESPECIALIDAD 2  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
 CALLE ORIENTE SIN.  
 Nº PARRAL  
 COMUNA

FIRMA DEL PROFESIONAL  
 Servicio Dental CECOF

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
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.

trabajados.









# Licencia Médica

N°2- 49115523

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

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 periodo 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: TORRES | NOMBRES: SILVIA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 11/12/15 | FECHA INICIO DE REPOSO: 12/12/15  
 N° DE DIAS: 42 | N° DE DIAS EN PALABRAS: Cuarenta y Dos  
 FECHA DE NACIMIENTO: 11/10/80 | EDAD: 35 | SEXO: F  
 RUN: [REDACTED]

### 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

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  
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: 04/15 (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: BUIN  
 CALLE: 632  
 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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: PINTO | APELLIDO MATERNO: FERNANDEZ | NOMBRES: LUIS  
 ESPECIALIDAD: Ginecólogo  
 RUN: [REDACTED] | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 10496-5  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Quilo, Linares  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	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

TRABAJADOR	FECHA	DIA	MES	AÑO