



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL,

10 Feb 2015

DECRETO EXENTO N°: 1.414

**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° 34313624 presentada por don (a) **JEANETTE CERDA FLORES**.

**DECRETO:**

**AUTORIZASE**, a don (a) **JEANETTE CERDA FLORES**, Honorarios, Once (11) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 05.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 16.01.2015.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE**



*Paula Retamal Urrutia*  
**PAULA RETAMAL URRUTIA**  
**ALCALDESA DE PARRAL**



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

PRU/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo ✓
- Personal.





# Licencia Médica

N°1- 34313624

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 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

APELLIDO PATERNO: **CENDA**      APELLIDO MATERNO: **FLORES**      NOMBRES: **JEANETTE**  
 RUN: **70220058**      M O F: **F**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **06 01 15**      FECHA INICIO DE REPOSO: **05 01 15**      DIA: **05**      MES: **01**      AÑO: **15**  
 FECHA DE NACIMIENTO: **06 01 58**      EDAD: **56**      SEXO: **F**  
 N° DE DIAS: **11**      N° DE DIAS EN PALABRAS: **ONCE**

### 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** 1= SI 2= NO      INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** 1= SI 2= NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_  
 TRAYECTO: \_\_\_\_\_ 1= SI 2= NO  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_  
 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: **Ursino Jur**  
 CALLE: **0282**  
 N°: **100**      DPTO: **Atacama**  
 VILLO O POBLACION: **San Pedro de Atacama**  
 COMUNA: **San Pedro de Atacama**  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_      CELULAR: **97665665**  
 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 DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **Witz**      APELLIDO MATERNO: **Bascuras**      NOMBRES: **VICTOR**  
 RUN: **10907658**      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **226254**  
 ESPECIALIDAD: **Med. familiar**  
 CORREO ELECTRONICO: **daniel.witz@compin.cl**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **Avenida 3 Sur**  
 CALLE: **San Juan**  
 COMUNA: **San Juan**  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

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

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA	DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO	NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE 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 recepción del documento.

1= SI      2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES