



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL,

25 Feb 2015

DECRETO EXENTO N°: 1.858

**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° 46940363 presentada por don (a) **MARIELA GAETE ORTIZ**.
- 4.- El Decreto Exento N° 5583 de fecha 24.09.2014 que designa Alcalde Subrogante a Don **IVAN DAMINO HERNANDEZ**.-

**DECRETO:**

**AUTORIZASE**, a don (a) **MARIELA GAETE ORTIZ**, Honorarios, Cinco (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 28.02.2015.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
**ALCALDE (S) DE PARRAL**



**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

IDH/ARC/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo. ✓
- Personal.





# Licencia Médica

Nº 2 - 46940363

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. Nº 21984

O.P.D. infancia  
Parral - Retiro - Longavi

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de ingreso al trabajo.  
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del plazo de vigencia.  
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de ingreso al trabajo.

RECEPCION  
Fecha: 23.02.2015  
Hora: 16:00

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SMARTE APELLIDO MATERNO: Ortiz NOMBRES: Maricela  
 FECHA EMISION LICENCIA: 730215 FECHA INICIO DE REPOSO: 730215  
 N° DE DIAS: 005 N° DE DIAS EN PALABRAS: CINCO

RUN: 14056678-0 M ó F: F  
 FECHA DE NACIMIENTO: 050781 EDAD: 33 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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_  
 CALLE: 733  
 Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: Don Wladimir  
 COMUNA: Parral  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: 90689572  
 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: Peña APELLIDO MATERNO: y Lillo NOMBRES: CONTRERA ESPECIALIDAD: GENERA  
 RUN: 7938873-7 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: \_\_\_\_\_  
 CALLE: ANIMAL PINTO Nº: 1064  
 COMUNA: Parral TELEFONO: 0732 403774  
 CORREO ELECTRONICO: Dr. Peña y Lillo  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: Médico Cirujano Rut.: 7.887.872-7

**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
	MES AÑO	MES AÑO
	DIA	DIA

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes a recepción del documento.

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE