



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 26 Feb 2015

DECRETO EXENTO N°: 1.942

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° 46731093 presentada por don (a) **GISELLE MAGAÑA ALISTE**.
- 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) **GISELLE MAGAÑA ALISTE**, Honorarios, Cinco (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 26.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 31.01.2015.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ALCALDE (S) DE PARRAL



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/epc.
DISTRIBUCION:

- Archivo. ✓
- Personal.



Licencia Médica

Nº 2-46731093

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: **MAGANA** APELLIDO MATERNO: **ALISTE** NOMBRES: **Giselle Tamara**

FECHA EMISION LICENCIA: **260115** FECHA INICIO DE REPOSO: **260115**

Nº DE DIAS: **05** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **CINCO**

RUN: **15920549**

FECHA DE NACIMIENTO: **140984** EDAD: **30** 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: _____

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: **Leodeo Tarapacó**

CALLE: **369**

Nº: _____ DPTO: **Antofagasta**

VILLA O POBLACION: **LINARES**

COMUNA: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: **09 88032345**

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

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

APELLIDO PATERNO: **NOBLEN** APELLIDO MATERNO: **HEUBLEIN** NOMBRES: **MARIA** ESPECIALIDAD: **Med-vel**

RUN: **10401018-0** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: **aria.20010@gmail.com**

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **LINARES**

CALLE: _____ Nº: **657** FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

COMUN: _____ TELEFONO: **732210633**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

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

TOTAL DIAS	DESD E	HASTA
	DIA	DIA
	MES	MES
	AÑO	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Trabajados.