



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 09 Mar 2015

DECRETO EXENTO N°: 2.258/

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° 34450965 presentada por don (a) **DANIELA YAÑEZ GATICA.-**
- 5.- El Decreto Exento N° 5583, de fecha 24.09.2014, que designa Alcalde Subrogante a don **IVAN DAMINO HERNANDEZ.**

DECRETO:

AUTORIZASE, a don (a) **DANIELA YAÑEZ GATICA**, Honorarios, quince (15) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 04.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 19.03.2015.

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



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



**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL**

IDH/ARC/EGP/epc.
DISTRIBUCION:

- Archivo. ✓
- Personal.



Licencia Médica

Nº 1-34450965

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

YANEZ GATTICA DANIELA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 040315 040315 RUN 150690 24 M O F
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO
 15 QUINCE 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

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

7

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 09 14 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 PJE 1

Nº 1325 DPTO

SOR TERESITA

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CELULAR 73647988

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)

NUNEZ URSIC TATIANA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD 640 1
 RUN 253094 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ANIBAL PINTO
CALLE

PARRAL
COMUNA

Nº 1255

FIRMA DEL PROFESIONAL

9824307

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESE	DESDE	HASTA
DIA	MES	AÑO	DIA
DIA	MES	AÑO	DIA

trabajados.