



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 09 Mar 2015

DECRETO EXENTO N°: 2.265 /

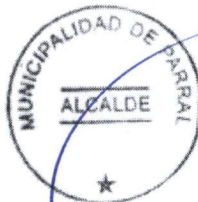
**VISTOS:**

- 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° 003807354-0 presentada por don (a) **JUAN ROGAZY SEPULVEDA.-**
- 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) **JUAN ROGAZY SE PULVEDA**, Honorarios, cinco (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 02.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 07.03 0.2015.

**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 Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, 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. N° 3/1984



N° 3 003807354-0

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

FECHA OTORGAMIENTO

FECHA INICIO REPOSO

EDAD

SEXO

N° DE DIAS

N° DE DIAS EN PALABRAS

*Documento firmado electrónicamente*

FIRMA TRABAJADOR

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

FECHA NACIMIENTO

### A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN  
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL  
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO  
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL  
 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

1  
 RECUPERABILIDAD LABORAL  1 = SI  2 = NO

INICIO TRAMITE  2  1 = SI  2 = NO  
 INVALIDEZ

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO  
  
 DIA

MES

AÑO

HORA

MINUTOS

TRAYECTO  1 = SI  2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN  
  
 MES

AÑO

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1  
 1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA FUNDO EL TUNAL S/N.  
 Parral \_\_\_\_\_

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-77667755

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

27949-8  
 REG. COLEGIO PROFESIONAL

OFTALMOLOGÍA  
 ESPECIALIDAD

1  
 1 = MÉDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

02-3954390/  
 TELÉFONO/FAX

TABANCURA, Vitacura  
 DIRECCIÓN

*Documento firmado electrónicamente*

FIRMA PROFESIONAL

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.