



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 17 Mar 2015

DECRETO EXENTO N°: 2.580 /

**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° 45687465 presentada por don (a) **MARIA MORALES SEPULVEDA.-**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a don **IVAN DAMINO HERNANDEZ.**

**DECRETO:**

**AUTORIZASE**, a don (a) **MARIA MORALES SEPULVEDA**, Honorarios, dos (2) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 12.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 14.03.2015.

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

**POR ORDEN DE LA SEÑORA ALCALDESA.**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



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

IDH/IDH/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo. ✓
- Personal.



# Licencia Médica

Nº2- 45687465

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. Nº3/1984.

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: **MODALES**      APELLIDO MATERNO: **SERULVENA**      NOMBRES: **MARIA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **11 03 15**      FECHA INICIO DE REPOSO: **12 03 15**      DIA: **12**      MES: **03**      AÑO: **15**  
 Nº DE DIAS: **02**      Nº DE DIAS EN PALABRAS: **DOS**

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: **19 02 87**      EDAD: **28**      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: [REDACTED]      APELLIDO MATERNO: [REDACTED]      NOMBRES: [REDACTED]      RUN: [REDACTED]

### 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: [REDACTED]      DIA: [REDACTED]      MES: [REDACTED]      AÑO: [REDACTED]  
 HORA: [REDACTED]      MINUTOS: [REDACTED]      TRAYECTO:  1= SI     2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]      MES: [REDACTED]      AÑO: [REDACTED]

### 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): [REDACTED]  
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: **S10**  
 Nº: [REDACTED]      DPTO: **SECRETARÍA SAN CLEMENTE**  
 VILLA O POBLACION: **Panael**  
 COMUNA: [REDACTED]  
 TELEFONO: [REDACTED]      CELULAR: **09 57285370**  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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: **WIZ**      APELLIDO MATERNO: **MASCARENA**      NOMBRES: **VICTOR**  
 RUN: [REDACTED]      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **22625-4**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **Avenida Pinto**      Nº: **1064**  
 CALLE: **Panael**      COMUNA: **Panael**

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]  
 ESPECIALIDAD: **MED-FAMILIAR**    1= MEDICO    2= DENTISTA    3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: **pamuel.rincon@hotmail.cl**  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]

**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 recepcionado el documento.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA	DIA
	MES	MES
	AÑO	AÑO

### C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados: [REDACTED]