



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO

Departamento de Personal

PARRAL, 20 Mar 2015

DECRETO EXENTO N°: 2.721 /

VISTOS:

1. Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
2. El Decreto Exento N° 812, del 23.01.2015, que aprueba contrato de faena específica de la persona más abajo individualizada.
3. Licencia Médica N° 34318740, presentado por don (a) **CARLOS URRA CASTILLO.-**
4. Decreto Exento N° 5583, de fecha 24.09.2015, que designa como Alcalde Subrogante a Don Iván Damino Hernández.

DECRETO:

1. **AUTORIZASE**, a don (a) **CARLOS URRA CASTILLO**, Trabajador P.G.E, por Once días (11) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 16.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.03.2015.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ALCALDE DE PARRAL (S)

IDH/ARC/EGP/yaf.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.



Licencia Médica

Nº 1-34318740

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 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 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: UPPA CASTILLO
 APELLIDO MATERNO: CARLOS
 NOMBRES: ALBER
 RUN: 06678208-5
 FECHA EMISION LICENCIA: 17/03/15
 FECHA INICIO DE REPOSO: 16/03/15
 DIA: 16, MES: 03, AÑO: 15
 FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/52
 EDAD: 62
 SEXO: M
 Nº DE DIAS: 011
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: ONCE

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: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

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: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____
 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: GUILLERMO DEL SOLAR
 CALLE: 55
 Nº: _____ DPTO: BULLILLO
 VILLA O POBLACION: PARRAL
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____
 CELULAR: 09 67026416
 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: LLAMOS YEVENES
 APELLIDO MATERNO: ROBERTO
 NOMBRES: MEDICO CIRUJANO
 ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA

RUN: 17045466-P
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 330740
 CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: AMIBAL PINO
 CALLE: _____
 COMUNA: PARRAL
 Nº: 125
 TELEFONO: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: Roberto L. Llanos Yevenes, Medico Cirujano, RUN 17.045.466-9

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
AÑO: 15, MES: 03, DIA: 08	AÑO: 15, MES: 02, DIA: 25	7
AÑO: 15, MES: 03, DIA: 03	AÑO: 15, MES: 02, DIA: 02	5

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)