



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 26 Mar 2015

DECRETO EXENTO N°: 2.925 /

**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° 45691602 presentada por don (a) **MARIO TRONCOSO BRAVO.-**
- 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) **MARIO TRONCOSO BRAVO**, Honorarios, siete (7) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 24.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 31.03.2015.

**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/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.



# Licencia Médica

Nº2- 45691602

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: VILLONCO      APELLIDO MATERNO: BRUNO      NOMBRES: MENIO GONZ  
 FECHA EMISION LICENCIA: 230325      FECHA INICIO DE REPOSO: 290325      RUN: 20223819-2  
 N° DE DIAS: 07      N° DE DIAS EN PALABRAS: Siete      FECHA DE NACIMIENTO: 091204      EDAD: 50      SEXO: M

### 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: \_\_\_\_\_  
 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: Wanaka  
 CALLE: 326      DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: Acceso Manichu  
 COMUNA: Perre  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_      CELULAR: 96338892  
 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]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: VILLONCO      APELLIDO MATERNO: TEJEDA      NOMBRES: AUGUSTO  
 RUN: 22360088-6      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 29940-5      ESPECIALIDAD: Medico Cirujano     1= MEDICO     2= DENTISTA     3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Buenos Aires  
 CALLE: \_\_\_\_\_      N°: 411  
 COMUNA: Perre      CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA	DIA
	MES	MES
	AÑO	AÑO

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.

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

--	--	--	--	--	--