



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 01 Abr 2015

DECRETO EXENTO N°: 3.136+

**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° 34512378 presentada por don (a) **ALEXIA LANDAETA MORALES**.
- 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) **ALEXIA LANDAETA MORALES**, Honorarios, tres (3) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 30.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 02.04.2015.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE  
POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL**

IDH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.



# Licencia Médica

N°1- 34512378

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. N°3/1984.

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** CANAETA **APELLIDO MATERNO** MORALES **NOMBRES** ACEXIA  
**FECHA EMISION LICENCIA** 30 03 15 **FECHA INICIO DE REPOSO** 30 03 15  
**N° DE DIAS** 003 **N° DE DIAS EN PALABRAS** TRES

**RUN** [REDACTED] **M ó F** F  
**FECHA DE NACIMIENTO** 04 11 82 **EDAD** 32 **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** [ ] **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

1

**RECUPERABILIDAD LABORAL** 1= SI 2= NO  1 **INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ** 1= SI 2= NO  2

**FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO** [ ] [ ] [ ] **DIA** [ ] **MES** [ ] **AÑO** [ ]

HORA MINUTOS

**TRAYECTO** 1= SI 2= NO  1

**FECHA DE LA CONCEPCION** [ ] [ ] [ ] **MES** [ ] **AÑO** [ ]

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

**LUGAR DE REPOSO** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  1

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

N° [ ] DPTO [ ]

VILLA O POBLACION [ ]

COMUNA [ ]

TELEFONO [ ]

CORREO ELECTRONICO [ ]

**SOLO PARA REPOSO PARCIAL** A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE

CELULAR 87153207

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** ROMERO **APELLIDO MATERNO** GONZALEZ **NOMBRES** CLAUDIO

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1= SI **Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica**  
 2= NO **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

**TOTAL DIAS** [ ] **DESDE** [ ] [ ] [ ] **HASTA** [ ] [ ] [ ]

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

CONTINUA

CONTINUA