



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 06 Abr 2015

DECRETO EXENTO N°: 3.247 /

**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° 45691617 presentada por don (a) **EVELYN QUEZADA CESPED.-**
- 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) **EVELYN QUEZADA CESPED**, Honorarios, un (01) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 02.04.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 03.04.2015.

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

**POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.**



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



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

IDH/ARC/ECP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo
- Personal.



# Licencia Médica

# Nº2- 45691617

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 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 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: Quiroz, APELLIDO MATERNO: Carrasco, NOMBRES: Evelyn Oliva  
 FECHA EMISION LICENCIA: 02/04/25, FECHA INICIO DE REPOSO: 02/04/25  
 FECHA DE NACIMIENTO: 04/02/77, EDAD: 40, SEXO: F  
 Nº DE DIAS: 03, Nº DE DIAS EN PALABRAS: Uno

### 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: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_  
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_  
 CALLE: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: 76529876  
 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: Villal, APELLIDO MATERNO: Pérez, NOMBRES: Aurora  
 ESPECIALIDAD: Médico General, 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA  
 RUN: 22360088-6, REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 29940-5, CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: \_\_\_\_\_  
 CALLE: Buin, Nº: 411, FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	AÑO	MES	

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)

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