



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 28 Abr 2015

DECRETO EXENTO N°: 4.150 /

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°46942198 presentada por don (a) **JESSICA PARRA PINTO**.
- 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) **JESSICA PARRA PINTO**, Honorarios, cinco (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.04.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 28.04.2015.

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

Nº 2 - 46942198



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. Nº 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 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: **PARRA** APELLIDO MATERNO: **PINTO** NOMBRES: **JESSICA EVELYN**
 FECHA EMISION LICENCIA: **250415** FECHA INICIO DE REPOSO: **230415** FECHA DE NACIMIENTO: **04/06/79** EDAD: **35** SEXO: **F**
 Nº DE DIAS: **05** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **CINCO DIAS**

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: _____

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** 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **1** 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

HORA MINUTOS: _____

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

FECHA DE LA CONCEPCION: _____ MES _____ AÑO _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: _____ A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

RANCO

CALLE

10 80

Nº

VILLA PILCOAYAN

VILLA O POBLACION

LINARES

COMUNA

TELÉFONO

CELULAR: **09 7700 81 88**

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN X

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: **SEPULVEDA**

APELLIDO MATERNO: **VASQUEZ**

NOMBRES: **SUI CHERNO MED. INTERNA**

ESPECIALIDAD: **1** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

RUN: _____

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **12558 K**

CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **Chacabuco**

CALLE: _____

COMUNA: **LINARES**

Nº: **702**

FIRMA DEL PROFESIONAL

93 2-210729

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
DIAS	MES	AÑO
DIAS	MES	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)

trabajados.