



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 22 Jun 2015

DECRETO EXENTO N°: 6.189 /

**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° 47774762 presentada por don(a) **GISELLE MAGAÑA ALISTE**.
- 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) **GISELLE MAGAÑA ALISTE**, Honorarios, dos (02) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 18.06.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 20.06.2015.

**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°2- 47774762

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** MAGADA **APELLIDO MATERNO** ALISTE **NOMBRES** GUISELLE  
**FECHA EMISION LICENCIA** 170615 **FECHA INICIO DE REPOSO** 180615 **RUN** [REDACTED] **M O F** F  
**N° DE DIAS** 2 **N° DE DIAS EN PALABRAS** DOS

#### 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** 2= SI 2= NO  
**FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
**HORA MINUTOS** [ ] [ ] **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** LEON DE TARAPACA  
**CALLE** 369  
**N° DPTO** ARTURO A. PALMA  
**VILLA O POBLACION**  
**COMUNA**  
**TELEFONO** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **CELULAR** [REDACTED]  
**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** CACERES **APELLIDO MATERNO** MEDINA **NOMBRES** FERNANDO **ESPECIALIDAD** Medicina Familiar  
**RUN** [REDACTED] **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **CORREO ELECTRONICO** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION**  
**CALLE** CHACABUCO **N°** 657 **FIRMA DEL PROFESIONAL**  
**COMUNA** LINARES

**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

#### C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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.

1= SI  
2= NO

trabajados.