



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 25 Jun 2015

DECRETO EXENTO N°: 6.305 /

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° 34959892 presentada por don(a) **JEANETTE CERDA FLORES**.
- 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) **JEANETTE CERDA FLORES**, Honorarios, cuatro (04) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.06.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.06.2015.

**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°1-34959892

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. N°3/1984.

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 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: **CENDA** APELLIDO MATERNO: **PLONAS** NOMBRES: **JANETTE PAZ**
 FECHA EMISION LICENCIA: **240615** FECHA INICIO DE REPOSO: **230615** RUN: **060158** EDAD: **57** SEXO: **F**
 N° DE DIAS: **04** N° DE DIAS EN PALABRAS: **CUATRO**

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: _____

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**

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

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: **CUATRO SUR**

CALLE: **0202**

N°: **ANAN MANGAI** DPTO:

VILLA O POBLACION: **PANDE**

COMUNA:

TELEFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:

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

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

HORA MINUTOS: _____ TRAYECTO: 1= SI, 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES, AÑO

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: **CASANO** APELLIDO MATERNO: **SOLVEDA** NOMBRES: **RODRIGUEZ**
 ESPECIALIDAD: _____ 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **TRES SUR**

CALLE: **PANDE**

COMUNA:

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

N°: **0115**

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Empty box for employer signature and stamp.

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.

1= SI, 2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

Trabajados: