



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 15 Jul 2015

DECRETO EXENTO N°: 7.143 /

**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° **34951518** presentada por don(a) **ALEJANDRO ESCOBAR MEDEL**.
- 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**.
- 6.- El Decreto Exento N° 7049, de fecha 14.07.2015 que designa Secretaria Municipal Subrogante a Doña **MARIA INES SOTO CERDA**.

**DECRETO:**

**AUTORIZASE**, a don (a) **ALEJANDRO ESCOBAR MEDEL**, Honorarios, tres (03) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 15.07.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 18.07 .2015.

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



**IVAN DAMINO HERNANDEZ  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



**MARIA INES SOTO CERDA  
SECRETARIA MUNICIPAL(S)**

IDH/MISC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo ✓
- Personal.



# Licencia Médica

Nº1-34951518

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. Nº3/1984.

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: ESCOBAR    APELLIDO MATERNO: MEDEL    NOMBRES: ALEJANDRO  
 FECHA EMISION LICENCIA: 15 07 15    FECHA INICIO DE REPOSO: 15 07 15    RUN: [REDACTED]  
 N° DE DIAS: 03    N° DE DIAS EN PALABRAS: TRES    FECHA DE NACIMIENTO: 25 02 89    EDAD: 26    SEXO: M

### 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:  1= SI     2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [ ] [ ] [ ]    DIA    MES    AÑO  
 TRAYECTO:  1= SI     2= NO

HORA: [ ]    MINUTOS: [ ]

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: LIBERTAD  
 CALLE: 779    DPTO: [ ]

VILLA O POBLACION: PARRAL  
 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: VERA    APELLIDO MATERNO: TOLOZA    NOMBRES: MANUEL ALE  
 ESPECIALIDAD: Médico General    1= MEDICO    2= DENTISTA    3= MATRONA

RUN: [REDACTED]    REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [ ]    CORREO ELECTRONICO: [ ]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: ORIENTE ESQUINA DELICIAS N  
 CALLE: PARRAL    COMUNA: PARRAL    N°: 73 2 4625 59

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]    FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	DESDE	HASTA

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes del 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