



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 03 AGO 2015

DECRETO EXENTO N°: 7.767 /

**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°48270958 presentada por don(a) **SOLANGE REICH FRIAS**.
- 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) **SOLANGE REICH FRIAS**, Honorarios, cuatro (4) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 20.07.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 24.07.2015.

**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 2-40210000

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 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: REICHI APELLIDO MATERNO: FERNANDEZ NOMBRES: SOHANNOR  
 FECHA EMISION LICENCIA: 2007 15 FECHA INICIO DE REPOSO: 2007 15 DIA: 20 MES: 07 AÑO: 15  
 Nº DE DIAS: 004 Nº DE DIAS EN PALABRAS: CUATRO

RUN: [REDACTED] Mo F: F SEXO: F  
 FECHA DE NACIMIENTO: 15 05 80 EDAD: 35

### 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: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] RUN: [REDACTED]

### 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: [REDACTED] DIA: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]  
 TRAYECTO:  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]

### 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): [REDACTED] DIRECCION DE REPOSO: 0411 GENINS  
 CALLE: 157 Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION: PARRAL  
 COMUNA: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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: PERA APELLIDO MATERNO: Y LITTO NOMBRES: CONTRERAS ESPECIALIDAD: GENERA  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] CORREO ELECTRONICO: pera.y.litto  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: ADIVIAZ PINTO Nº: 2064 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]  
 CALLE: PARRAL TELEFONO: [REDACTED]

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

NÚMERO DE LICENCIA Y TIPO DE LICENCIA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [REDACTED]

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	MES AÑO	DIA MES AÑO

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

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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.

trabajados