



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 06 AGO 2015

DECRETO EXENTO N°: 7.901 /

**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° 35308951 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, diez (10) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 17.07.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.07 .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

# Nº 1 - 35308951

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 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: **CRUZADA**      APELLIDO MATERNO: **FLORES**      NOMBRES: **JUAN RIVERA**      RUN: [REDACTED]  
 FECHA EMISION LICENCIA: **17 07 15**      FECHA INICIO DE REPOSO: **17 07 15**      DIA: **17**      MES: **07**      AÑO: **15**      FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]      EDAD: **37**      SEXO: **F**  
 Nº DE DIAS: **10**      Nº DE DIAS EN PALABRAS: **Diez**

### 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]      RUN: [REDACTED]      FECHA DE NACIMIENTO: [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  
 HORA: [REDACTED]      MINUTOS: [REDACTED]  
 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: **2 Sur**  
 CALLE: **0282**  
 Nº: [REDACTED]      DPTO: [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION: **San Pedro de Macoris**  
 COMUNA: **San Pedro de Macoris**  
 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

*[Firma]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: **FLORES**      APELLIDO MATERNO: **CRUZADA**      NOMBRES: **JUAN RIVERA**      ESPECIALIDAD: **1**  
 1= MEDICO    2= DENTISTA    3= MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: *[Firma]*  
 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

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días trabajados.