



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 07 AGO .2015

DECRETO EXENTO N°: 8.048 /

**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° 47810018 presentada por don(a) **JAVIERA BERROCAL CONTRERAS**.
- 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) **JAVIERA BERROCAL CONTRERAS**, Honorarios, Cuatro (04) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 28.07.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 01.08 .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.

47810018

### Licencia Médica

Nº 2-47810010

La Ley Orgánica de Organización de la Función Pública (LOFOP) en su artículo 107 establece el derecho de los funcionarios públicos a gozar de un período de reposo remunerado en caso de enfermedad o accidente, de acuerdo a la Ley 19.628, de 1982.

El profesional debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados a partir de la fecha de inicio del reposo. Debe presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de reposo. Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres 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: BERRIOCAL, APELLIDO MATERNO: CONTRERAS, NOMBRES: JANUERA

FECHA EMISION LICENCIA: 27/07/15, FECHA INICIO DE REPOSO: 28/07/15

RUN: [REDACTED], EDAD: 31, SEXO: F

Nº DE DIAS: 007, Nº DE DIAS EN PALABRAS: SIETE

##### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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- PROMOCION DE 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

RECUPERAR LICENCIA: 1= SI, 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]

TRAYECTO: 1= SI, 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

##### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1- REPOSO LABORAL TOTAL, 2- REPOSO LABORAL PARCIAL

TIPO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO

DIRECCION DE REPOSO: ECUADOR

CALLE: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: CHILLAN

COMUNA: [REDACTED], TELEFONO: [REDACTED], CELULAR: 57881077

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A JUSTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: CASTRO, APELLIDO MATERNO: ESPARZA, NOMBRES: IRONDO

ESPECIALIDAD: PSEU MATOLOGO

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 161926

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: JUNGE

CALLE: [REDACTED]

Nº: 751A

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO SE PUEDE USAR COMO EXCUSA CONTRA LA LICENCIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TAMBIE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR PREVISIONAL

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES

Art. 13 - El empleador debe proporcionar al trabajador un espacio físico adecuado para el reposo remunerado de acuerdo a la Ley 19.628, de 1982.