



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 14 Set 2015

DECRETO EXENTO N°: 9.194 /

**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° 35242439 presentada por don (a) **ELBA MELLADO CASTRO**.
- 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) **ELBA MELLADO CASTRO**, Honorarios, Treinta (30) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 12.08.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 11.09.2015.

**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 1-35242439

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 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 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: **MEILLADO**    APELLIDO MATERNO: **CASTRO**    NOMBRES: **QUIROGA LUISA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **01/08/15**    FECHA INICIO DE REPOSO: **12/08/15**    RUN: [REDACTED]  
 Nº DE DIAS: **90**    Nº DE DIAS EN PALABRAS: **treinta días**    FECHA DE NACIMIENTO: **190768**    EDAD: **46**    M ó F: **F**

### 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 18.857).

APELLIDO PATERNO: [ ]    APELLIDO MATERNO: [ ]    NOMBRES: [ ]    RUN: [ ]  
 FECHA DE NACIMIENTO: [ ]

### 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

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: **poblacion Horacio**  
 CALLE: [ ]  
 Nº: **18**    DPTO: [ ]  
 VILLA O POBLACION: **Parraí**  
 COMUNA: **Parraí**  
 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

*E. ANTONIAN*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **GAURE**    APELLIDO MATERNO: **GARRIGA**    NOMBRES: **VICTOR MA**    ESPECIALIDAD: **Dactilopa**  
 RUN: [REDACTED]    REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [ ]    CORREO ELECTRONICO: [ ]

### DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: **1 NORTE SIN**    Nº: [ ]    FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Signature]*  
 COMUNA: **Jajón**

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

NOMBRE, FIRMA Y APELLIDO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Signature]*

1= SI     2= NO  
 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.

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

| TOTAL DIAS | DESDE | HASTA |
|------------|-------|-------|
|            | DIA   | DIA   |
|            | MES   | MES   |
|            | AÑO   | AÑO   |

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

trabajados.