



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 27 Ene 2015

DECRETO EXENTO N°: 921 /

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° 46938657 presentada por don (a) **EVELYN QUEZADA CESPED.-**
- 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.**
- 4.- El Decreto Exento N° 199 de fecha 09.01.2015, que designa Secretario Municipal Subrogante a Don **FRANCISCO PINOCHET ROMERO.-**

DECRETO:

AUTORIZASE, a don (a) **EVELYN QUEZADA CESPED**, Honorarios, doce (12) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 20.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 01.02.2015.

ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE, Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER-MUN.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.



**IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



**FRANCISCO PINOCHET ROMERO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

IDH/FPR/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.



Licencia Médica

Nº2- 46938657

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: Quirzedo APELLIDO MATERNO: Cesped NOMBRES: Evelyn Olpe
 FECHA EMISION LICENCIA: 10/03/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 20/01/15 RUN: 22670014-8
 N° DE DIAS: 12 N° DE DIAS EN PALABRAS: doce FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/77 EDAD: 38 SEXO: 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 18.867).

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: _____
 HORA: _____ MINUTOS: _____
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: _____

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): 1/3
 DIRECCION DE REPOSO: Patricio Blanco
 CALLE: _____
 N°: 34 DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: 76529076
 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: Villalba APELLIDO MATERNO: Teresa NOMBRES: Aurora
 ESPECIALIDAD: 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA
 RUN: 22360088-6 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 200405 CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____
 CALLE: Buenaesperanza N°: 411 COMUNA: _____
 FIRMA DEL TRABAJADOR: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE 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 recepcionado el documento.

trabajados.