



PARRAL, 21 Nov 2016

DECRETO EXENTO N°: 7.040

VISTOS:

- 1.- Lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios año 2016.
- 2.- Las Licencias Médicas presentada por los siguientes prestadores.-
- 3.- EL Decreto Exento N°6071 del 14.12.2012 que delega la firma de Alcalde en el Administrador a Don **IVAN DAMINO HERNANDEZ**. Directivo, Grado 6° E.M.S.-
- 4.- Las Facultades que me confiere la Ley N° 18.695/88, LEY Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.

DECRETO:

1. **AUTORIZASE**, Licencia Médica Pre Natal N° 1-36178320, de Don(a) **PAULA CAMPOS ACUÑA**, RUT: [REDACTED] Honorarios, sesenta y tres (63) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 30.10.2016, hasta el día 31.12.2016.-
2. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 2-51674763, de Don(a) **MARIA DOMINGUEZ ESTUARDO**, RUT: [REDACTED] Honorarios, por cinco (5) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 17.10.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 22.10.2016.-
3. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 2-50332854, de Don(a) **MARIBEL GUZMAN FLORES**, RUT: [REDACTED], Honorarios, por cuatro (4) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 07.11.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 11.11.2016.-
4. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 1-34520491, de Don(a) **GUILLERMINA MATUS SAN MARTIN**, RUT: [REDACTED] Honorarios, por ocho (8) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 21.10.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 29.10.2016.-

ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"



Ale Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

EGP/epc.

DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo
- 2.- Personal



Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



Licencia Médica

Nº1- 36178320

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: **CARPOS** APELLIDO MATERNO: **ACUÑA PAULCA PATRULLA** NOMBRES: **[REDACTED]**
 FECHA EMISION LICENCIA: **30/10/16** FECHA INICIO DE REPOSO: **30/10/16** RUN: **[REDACTED]**
 Nº DE DIAS: **89** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **ochenta y cuatro** FECHA DE NACIMIENTO: **01/12/89** EDAD: **31** 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: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: **30/10/16** RUN: _____

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: _____
 TRAYECTO: 1= SI 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: **01/16** (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: **PASAJE 9**
 CALLE: **918**
 Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **PORTAL ACACONIA**
 COMUNA: **PAROL**
 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

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

APELLIDO PATERNO: **M. C. ESPINOZA** APELLIDO MATERNO: **RODRIGO** NOMBRES: **[REDACTED]** ESPECIALIDAD: **3**
 RUN: **[REDACTED]** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **GASTURU**
 CALLE: **SAN CARLOS**
 Nº: **998** TELEFONO: **[REDACTED]**
 FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Signature]* FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Signature]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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 (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



Licencia Médica

Nº 2 - 51674763

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: De la Cruz APELLIDO MATERNO: Estayán NOMBRES: Marta Alejandra
 FECHA EMISION LICENCIA: 05 FECHA INICIO DE REPOSO: 17 de 16 (DÍA MES AÑO)
 N° DE DÍAS: 05 N° DE DÍAS EN PALABRAS: Cinco
 FECHA DE NACIMIENTO: 30 de 4 de 65 (DÍA MES AÑO) RUN: 51 EDAD: 51 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: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ RUN: _____

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: _____
 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: Parícuti 1
 CALLE: 61
 N°: 1111 DPTO: Parícuti
 VILLO O POBLACION: Parícuti
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

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

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

APELLIDO PATERNO: Alonso APELLIDO MATERNO: Chavez NOMBRES: León
 RUN: _____ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 32463-9
 ESPECIALIDAD: Cirujía (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)
 CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Delicias 600
 CALLE: Parícuti
 COMUNA: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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 ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

--	--	--	--	--	--



Licencia Médica

Nº 2 - 50332854

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.

hoy = 10/11

Yádran.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: GUZMAN APELLIDO MATERNO: FLORES NOMBRES: MARIBEL
 FECHA EMISION LICENCIA: 08/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 07/11/16
 N° DE DIAS: 09 N° DE DIAS EN PALABRAS: 9

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 28/09/78 EDAD: 38 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ RUN: _____

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: _____
 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): _____

DIRECCION DE REPOSO: ARRIBANOS
 CALLE: 145
 N°: 500 DPTO: San Antonio
 VILLA O POBLACION: Matucana
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: _____

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

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: ARRAUJO APELLIDO MATERNO: ALFARO NOMBRES: JOSE
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 82463-9
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Quilicura
 CALLE: PARQUE
 COMUNA: _____

ESPECIALIDAD: Cardiología
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

AÑO: _____ MES: _____ DIA: _____ AÑO: _____ MES: _____ DIA: _____

