



PARRAL, 22 Dic 2016

DECRETO EXENTO N°: 7.969

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 6º 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 Pos Natal N° 2-51916234, de Don(a) **GISELLE AGURTO VILLAGRA**, RUT: [REDACTED] Honorarios, cuarenta y cuatro (44) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 18.11.2016, hasta el día 31.12.2016.-
2. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 1-35479960, de Don(a) **DANIEL ESPINACE PEÑAILILLO**, RUT: [REDACTED] Honorarios, por siete (7) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 07.12.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 14.12.2016.-
3. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 2-52159322, de Don(a) **MARIA HERNANDEZ LASTRA**, RUT: [REDACTED] Honorarios, por seis (6) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 25.11.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 01.12.2016.-
4. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 2-52159638, de Don(a) **LEROY IBAÑEZ HUENUR**, RUT: [REDACTED] Honorarios, por dos (2) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 20.12.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 22.12.2016.-
5. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 3-012976760-K, de Don(a) **JAVIER LETELIER MORAGA**, RUT: [REDACTED] Honorarios, por tres (3) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 21.11.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 24.11.2016.-
6. **AUTORIZASE**, Licencia Médica N° 2-26492449, de Don(a) **PAULA PALMA CARES**, RUT: [REDACTED] Honorarios, por cinco (5) días para el restablecimiento de su salud, a contar del 12.12.2016, debiendo reasumir a sus funciones el día 17.12.2016.-

ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"


Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL
IDH/ARC/ESP/epc.


Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo
- 2.- Personal(2)



Licencia Médica

Nº 1- 35479960

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. 19 D.S. Nº 1400

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de emisión y 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 de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y de la fecha de inicio del reposo.

O.P.P. Infancia
Parral - Retiro - Longavi

RECEPCION
Fecha: 14/02/2016
Hora: 9:00 AM

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **ESPINOSA** APELLIDO MATERNO: **PEÑALILLO** NOMBRES: **DANIEL**
 FECHA EMISION LICENCIA: **07** DIA **12** MES **16** AÑO
 FECHA INICIO DE REPOSO: **07** DIA **12** MES **16** AÑO
 N° DE DIAS: **07** N° DE DIAS EN PALABRAS: **SIETE**

RUN: **121094** EDAD: **22** M 6 F **W**
 FECHA DE NACIMIENTO: **121094** SEXO: **W**

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: _____

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** 1= SI 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** 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** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION DE REPOSO: _____
 CALLE: **Buñin** Nº: **780** DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **Parral**
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 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: **RUIZ** APELLIDO MATERNO: **BASCUNAN** NOMBRES: **VICTOR**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **22625-4**

FIRMA DEL TRABAJADOR: **MEN - FAMILIAS**
 ESPECIALIDAD: **1** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: **Daniel Ruiz@Hotmail.cl**

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **Tres Sur**
 CALLE: **Parral** COI: _____

Nº: **0115**
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

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
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	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)

TRABAJADOR	FECHA DE EMISION	FECHA DE INICIO DEL REPOSO	FECHA DE FIN DEL REPOSO



Licencia Médica

Nº 2 - 52159322

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: AAANANDA APELLIDO MATERNO: 7 NOMBRES: LOS TIA MANIA
 FECHA EMISION LICENCIA: 25/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 25/11/16
 DIA: 25 MES: 11 AÑO: 16
 Nº DE DIAS: 06 Nº DE DIAS EN PALABRAS: SEIS

RUN: [REDACTED] M O F: A SEXO: A
 FECHA DE NACIMIENTO: 27/09/93 EDAD: 23

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]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] RUN: [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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED] DIA MES AÑO

HORA MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO: 1 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] 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

URUTUA

CALLE: 1047 Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION

PARRAL

COMUNA

TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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: Castro Sepulveda APELLIDO MATERNO: Rodrigo NOMBRES: MARCO CAYUA
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] ESPECIALIDAD: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Anibon P. N.

PA
COMUNA

715
Nº

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1= SI
 2= NO
 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	DIA	MES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

trabajados.



Licencia Médica

Nº 2 - 52159638

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

IBANEZ HUENUT LEROY NTC

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

191216

FECHA INICIO DE REPOSO

201216

DIA MES AÑO

171286

FECHA DE NACIMIENTO

30

EDAD

M o F

M

SEXO

02

Nº DE DIAS

DOS

Nº DE DIAS EN PALABRAS

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

- 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

HORA MINUTOS

TRAYECTO

1 = SI
2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 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

JGNACIONO CARRERA PINTO

CALLE

652

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

PARRAL

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

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)

VEGA GODOY RAFAEL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

PIED FUAR

ESPECIALIDAD

1

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

RUN

20798-5

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

BUN

CALLE

PARRAL

COMUNA

411

Nº

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

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.

1= SI
2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

trabajados.

