PARRAL
Ilustre Municipalidad

República de Chile
Provincia de Linares
Departamento de Personal

PARRAL, 16 Jun 2017

**DECRETO EXENTO N°:** 3.928 .

**VISTOS:**

**1.-** Lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios año 2017.
**2.-** Las Licencias Médicas presentada por los siguientes prestadores.-
**3.-** EL Decreto Exento N° 02 del 03.01.2017 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 de los Prestadores de Servicio que se señalan, según el detalle que se incorpora en la tabla:

| RUT | PRESTADOR DEL SERVICIOS | N° LICENCIA | Días | Desde | Hasta |
|---|---|---|---|---|---|
| [redacted] | CRISTOPHER GONZALEZ ARAUNA | 2-53770718 | 4 | 06.06.2017 | 09.06.2017 |
| | VERONICA INOSTROZA LEIVA | 2-54113130 | 3 | 07.06.2017 | 09.06.2017 |
| | CAROLINA MORALES TAPIA | 2-54106256 | 2 | 08.06.2017 | 09.06.2017 |
| | ANA MUÑOZ BUSTAMANTE | 1-35476843 | 4 | 13.06.2017 | 16.06.2017 |

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.**
"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"

MUNICIPALIDAD DE PARRAL SECRETARIA

**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**
**SECRETARIA MUNICIPAL**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD ADMINISTRADOR MUNICIPAL POR ORDEN DEL ALCALDE PARRAL

**IVAN DAMINO HERNANDEZ**
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**

**IDH/ARC/EGP/**epc.
**DISTRIBUCION**
1.- Archivo
2.- Personal(2)

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

# Licencia Médica

Nº 2 - 53770718

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: GONZALEZ
APELLIDO MATERNO: Araona
NOMBRES: Cristopher
RUN: [redacted]
M ó F: M

FECHA EMISION LICENCIA: 060617
FECHA INICIO DE REPOSO: 060617 (DIA MES AÑO)
FECHA DE NACIMIENTO: 271284
EDAD: 31
SEXO: M

Nº DE DIAS: 04
Nº DE DIAS EN PALABRAS: Cuatro

### 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 (1 = SI, 2 = NO)
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (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 (1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO)
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCION DE REPOSO
CALLE: Calle 5
Nº: 582
DPTO:
VILLA O POBLACION: Portal Alameda
COMUNA: Parral
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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: Barreiro
APELLIDO MATERNO: Mocino
NOMBRES: Damaris
ESPECIALIDAD: Medico Cond
1 (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)
RUN: [redacted]
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 27463 - 1
CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: Arturo Pratt
Nº: 287
COMUNA: Parral

Dra. DAMARIS BARREIRO [redacted]

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

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

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

1= SI
2= NO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

trabajados.

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

# Licencia Médica

Nº 2 - 54113130

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 | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | [redacted] RUN | M ó F

FECHA EMISION LICENCIA: 06 06 17
FECHA INICIO DE REPOSO: 07 06 17 (DIA MES AÑO)
FECHA DE NACIMIENTO | EDAD: 38 | SEXO: F

Nº DE DIAS: 03
Nº DE DIAS EN PALABRAS: tres

### 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).

FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | 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 (1 = SI, 2 = NO)
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (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 — 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCION DE REPOSO
CALLE
Nº: 15
DPTO
VILLA O POBLACION
COMUNA
TELEFONO
[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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | ESPECIALIDAD: medico cirujano
1 — 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

[redacted]
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: - 5
CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE
Nº
FIRMA DEL PROFESIONAL
COMUNA
[redacted]

**NO ABRIR.** USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

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.

trabajados.

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

# Licencia Médica

Nº 2 - 54106256

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 | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | M ó F |
|---|---|---|---|---|
| MORALES | TAPIA | CAROLINA | [redacted] | F |

| FECHA EMISION LICENCIA | FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO) | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO |
|---|---|---|---|---|
| 09 06 17 | 08 06 17 | 31 10 80 | 36 | F |

| Nº DE DIAS | Nº DE DIAS EN PALABRAS |
|---|---|
| 02 | DOS |

### 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

[1]

RECUPERABILIDAD LABORAL [1] 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] 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE: [redacted]

Nº: [redacted] DPTO:

VILLA O POBLACION: [redacted]

COMUNA: [redacted]

TELEFONO: [redacted] CELULAR: [redacted]

CORREO ELECTRONICO: [redacted]

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | ESPECIALIDAD | 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA |
|---|---|---|---|---|
| [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [1] |

RUN: [redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [redacted]

CORREO ELECTRONICO: [redacted]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: [redacted] Nº: [redacted]

FIRMA DEL PROFESIONAL

COMUNA: [redacted] TELEFONO: [redacted]

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

| TOTAL DIAS | DESDE DIA | DESDE MES | DESDE AÑO | HASTA DIA | HASTA MES | HASTA 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. 1= SI 2= NO [ ]

trabajados.

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

# Licencia Médica

Nº1- 35476843

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: MUÑOZ — APELLIDO MATERNO: BUSTAMANTE — NOMBRES: ANA

RUN: [redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 130617 — FECHA INICIO DE REPOSO: 130617 (DIA MES AÑO)

FECHA DE NACIMIENTO: 020561 — EDAD: 56 — SEXO: F (M ó F)

Nº DE DIAS: 4 — Nº DE DIAS EN PALABRAS: CUATRO

### 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 (1 = SI, 2 = NO) — INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (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 — 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE: CALLE 1

Nº: 1377 — DPTO:

VILLA O POBLACION: SOR TERESITA

COMUNA: PARRAL

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: FRUGONE — APELLIDO MATERNO: ZAMOR — NOMBRES: CRISTOBAL

ESPECIALIDAD: 1 (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)

[redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL — CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: 3 SUR — Nº: 0115 — FIRMA DEL PROFESIONAL

COMUNA: PARRAL

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

1= SI
2= NO

trabajados.