

República de Chile Provincia de Linares Departamento de Personal

PARRAL, 2 / JUN. 2017

DECRETO EXENTO Nº: 4.116

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
	LUIS PINO ANDRADE	2-50340402	15	19.06.2017	03.07.2017
	MARIA VELCHES GARCIA	2-54107229	05	19.06.2017	23.06.2017

ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"

ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO

SÉCRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/ESP/epc.

1.- Archivo

2.- Personal(2)

IVAN DAMINO HERNANDEZ ADMINISTRADOR MUNICIPAL

N° 2 - 54107229

Licencia MédicaLa 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. N°3/1984.

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.

FECHA DELICONICE LICENCIA A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sopo par interceita per enformedid grave n/o menor de un año y por natales. PECHA DE NACIMIENTO APELLIDO PATERNO AP	A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR VILLES GAVULA APELLIDO PATERNO APELLIDO PATERNO APELLIDO PATERNO APELLIDO PATERNO	MANA
A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave info menor de un año y post natales. Intres 1999 200 out. De l'Italogo y jucio de adopción piera luy 18.857. APELLIDO MATERNO A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO 1 = ENFERMEDAD A CACIDENTE COMUN 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD A GAZUPENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO 6 = ENFERMEDAD A POROFISIONAL 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO DIA MES ARO LUGAR DE REPOSO (13) DIRECCION DE REPOSO (13) DIRECCION DE REPOSO) 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO JUSTIFICAS ISI SO (700 (3)) DIRECCION DE REPOSO (3)	FECHA INICIO DE REPOSO	1911192 214 F
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO ANA CORREO ELECTRONICO CONMUNA TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 FIRMA DEL MAJARDOR TANY A	N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS	S S
A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2 = PRORROGA MEDICHIA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MARTRANA PRE Y POST MATAL 4 = ENFERMEDAD GARVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGIA DEL ETRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO ILUGAR DE REPOSO I = SU DOMICILIO JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) JUSTIF	A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño me (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).	
A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MARTENAL PREVENTIVA 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE I AÑO 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE I AÑO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PROTIDIGIA DEL ENBARAZO I = SI DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO 1 = SI DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO 1 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) DIRECCION DE REPOSO ECCLIDENTE DEL 1 = SI DIRACCIDENTE DEL 2 = NO DIRECCION DEL REPOSO 2 = NOCHE 3 = SI DIRECCION DEL REPOSO 3 = SECENDIAL 3 = MEDICO CORRED ELECTRONICO 2 = DENTISTA 3 = MEDICO CORRED ELECTRONICO 2 = DENTISTA 3 = MEDICO CORRED ELECTRONICO CORR	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	NOMBRES PLIN
2= REPOSO CABORAL PARCIAL 3= LICENCIA MEZIENIA PREVENTIVA 4= ENFERMÉDAD GRAVE MIÑO MENOR DE 1 AÑO 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO 6= ENFERMÉDAD PROFESIONAL 7= PATOLOGÍA DEL EMBARAZO DIA MES AÑO FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO DIA MES AÑO TRAVECTO TRAVECTO TRAVECTO DIA MES AÑO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMI A CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMI A CORREO ELECTRONICO CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMI A CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMI A CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMI A CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMI A CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPINA PEL LUGAR DE EMISION DIRECCION Y COMUNA PEL LUGAR DE EMISION CONUNA CONUNA CORREO ELECTRONICO 1- MEDICO 2- DENTISTA 3- MATRONI CORREO ELECTRONICO CORREO ELECTRONICO 1- MEDICO 2- DENTISTA 3- MATRONI CORREO ELECTRONICO CORREO	A.3. TIPO DE LICENCIA	Kola
RECUPERABLIDAD 1 = SI LABORAL 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO CALLE CAL	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	2= REPOSO LABORAL PARCIAL SOLO PARA REPOSO PARCIAL LUGAR DE REPOSO 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO TRAYECTO 1 = SI 2 = NO VILLÃO PÓBLACION TELEFONO COMUNA TELEFONO CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LIM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LIM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL TOdos los camples son obligatorios) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO 2 DENTISTA 3 MATRÓNA REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL COMUNA COMUN	LABORAL 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO	Callé 2
HORA MINUTOS FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO CORREO ELECTRONICO AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LIM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LIM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 A.5. DENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO 2 - DENTISTA BANTIFONA CORREO ELECTRONICO CORREO ELECTRO	TRABAJO O DEL TRAYECTO	Nº PARCIAN 19 de MAYA
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LIM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LIM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 A.5. VIENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios) I = NIEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA 3 = MATRONA CORREO ELECTRONICO COMUNA CORREO ELECTRONICO COMUNA CORREO ELECTRONICO CORREO ELECT	IRATECIO 3-NO	Hemen
A.5. DENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION COMUNA C		
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL COMUNA COMUN	ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART	RT. 10 LEY 19.628
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION CALLE COMUNA COMUNA	WILL GASUNAS VICIT	Description of the description of the Dentista
CALLE NO STATE OF PROFESIONAL COMUNA		25-4 Daviehunco Lotrail &
COMUNA	III WING I HIND III	1064
NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES	COMUNA	TAME DELIPROFESIONAL)
	NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONT	ITRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
DIA MES ANO DIA MES AÑO		ONA CAM AIO ONA CAM
TOTAL DIAS DESDE HASTA de recepcionado el documento.	dias habites signientes de recepcionado el documento.	SAIUJAIUI
C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES 1z = 12 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia média dimproparación o trabalador universar la licencia média de los tra		C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR OTRABAJADOR INDEPENDIOS INDEPENDIOS DEL EMPLEADOR OTRABAJADOR OT
Sobeleaen	rapsjagoz.	

N° 2 - 50340402

Licencia Médica

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. N°3/1984.

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.

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR	IONAL
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FECHA EMISION LICENCIA FECHA EMISION LICENCIA FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO
N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS	
A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño me (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	FECHA DE NACIMIENTO NOMBRES PLIN
A.3. TIPO DE LICENCIA	A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO
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= 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
	DIRECCION DE REPOSO
RECUPERABILIDAD 1 = SI INICIO TRAMITE 1 = SI LABORAL 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO	CALLE
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	N° DPTO
DIA MES AÑO TRAYECTO 1 = SI HORA MINUTOS TRAYECTO 2 = NO	VILLA O POBLACION
	COMUNA
FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO	TELEFONO CORREO ELECTRONICO
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELEC	TRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN
ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL AR A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obl	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	1= MEDICO 2= DENTISTA
265	GIO PROFESIONAL ESPECIALIDAD ATAMA 3= MATRONA CONTROL CORR
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION	GIOPROPESIONAL
GLE GALE	N° FIRMA DEL PROFESIONAL
COMUNA PAULI III	
NO ABRIR. USO EXCLUSIVO C	ONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABBJADOR INDEPENDIENTE	
CONTRACTOR DE CO	ATSAH AIG DIAS AIG DIA AIG DIA AIG
1 = SI Art. 13 – El empleador deberã presentar la licencia mêdii 2 = NO ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tro dias hábiles siguientes de recepcionado el documento.	C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABADADOR INDEPENDIENTE)
constant	