



República de Chile
Provincia de Linares
Departamento de Personal

PARRAL, 03 JUL. 2017

DECRETO EXENTO N°: 4275/

VISTOS:

- 1.- Las Facultades que me confiere la Ley N° 18.695/88, LEY Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- El Decreto Exento N°560 de fecha 25.01.2017, que aprueba contrato de faena específica de la personal más abajo individualizada.
- 3.- El Decreto Exento N°2872 de fecha 08.05.2017, que aprueba modificación de contrato de faena específica.
- 4.- El Decreto Exento N°3569 de fecha 01.06.2017, que aprueba modificación de contrato de faena específica.
- 2.- Las Licencias Médicas presentada por los Trabajadores P.G.E.-
- 3.- EL Decreto Exento N° 2 del 03.01.2017 que delega la firma de Alcalde al Administrador **Don IVAN DAMINO HERNANDEZ, Directivo, Grado 6º E.M.S.-**

DECRETO:

- 1.- **AUTORIZASE**, Licencia Médica de Trabajadores P.G.E. que se señalan, según el detalle que se incorpora en la tabla:

RUT	PRESTADOR DEL SERVICIOS	N° LICENCIA	Días	Desde	Hasta
	ELIZABETH CASTRO YAÑEZ	1-35970785	30	02.06.2017	01.07.2017
	MATIAS SOTO MONTECINO	2-51458536	03	14.06.2017	16.06.2017
	MATIAS SOTO MONTECINO	2-54100834	07	28.06.2017	04.07.2017

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

Ale Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IDH/ARC/ESP/epc.

DISTRIBUCION

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



Licencia Médica

N°1- 35970785

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 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

CASTRO YANEZ ELIZABETH
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
300597 **020617**
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO
30 **TRAINTA**
 N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

230404 **33** **F**
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO
 RUN

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
 DIA MES AÑO
 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
Las con las manos
 CALLE
SN
 N° DPTO
La con,
 VILLA O POBLACION
Poma
 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

Elizabeth Castro
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

CASTRO GARRASO ROSIERO MARCO ANTONIO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
TRAIN SN
 CALLE N°
0115
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

 JEFES DE PERSONAL *
 I. MUNICIPALIDAD DE POMA

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	06	17	17	02	17
15	21	03	17	03	17
30	08	03	17	06	17
30	09	04	17	09	17
30	05	05	17	06	17
30	03	05	17	01	06

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA 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.

electivamente
trabajados.



Licencia Médica

Nº 2 - 54100834

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: **SOTO** APELLIDO MATERNO: **MONTECINOS** NOMBRES: **DANIELA**
 FECHA EMISION LICENCIA: **270617** FECHA INICIO DE REPOSO: **280617** DIA: **28** MES: **06** AÑO: **17**
 Nº DE DIAS: **07** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **SIETE** FECHA DE NACIMIENTO: **020584** EDAD: **33** SEXO: **M**

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: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____
 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: **ESTACION 0**
 CALLE: _____
 Nº: **342** DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **INES BRAGAN**
 VILLA O POBLACION: **PARRAL**
 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: **DEGA** APELLIDO MATERNO: **GOÑOY** NOMBRES: **RAFAEL**
 ESPECIALIDAD: **MED FAMILIAR** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **20798-5** CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **BUIN**
 CALLE: _____ Nº: **411**
 COMUNA: **PARRAL** **73 2462275**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TÍTULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	AÑO	MES	
17	06	17	06	3

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 recepción del documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 trabajados: _____