



República de Chile
Provincia de Linares
Departamento de Personal

PARRAL, 13 Oct 2017

DECRETO EXENTO N°: 6.473

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 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 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]	ALEXIA LANDAETA MORALES	1-36517439	3	12.10.2017	14.10.2017
[REDACTED]	GISELLE MAGAÑA ALISTE	2-55064514	3	20.09.2017	22.09.2017

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



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo ✓
- 2.- Personal(2)



Licencia Médica

Nº 2 - 55064514

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: Mapocho APELLIDO MATERNO: Elizte NOMBRES: Giselle
 FECHA EMISION LICENCIA: 200911 FECHA INICIO DE REPOSO: 200917
 N° DE DIAS: 3 N° DE DIAS EN PALABRAS: tres

RUN: [REDACTED] M O F: F
 FECHA DE NACIMIENTO: 190907 EDAD: 33 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: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____
 TRAYECTO: 1= SI 2= NO

HORA: _____ MINUTOS: _____
 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: Leon Tolstoy
 CALLE: 309 DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: Linares
 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 (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: Saenz APELLIDO MATERNO: Carvajal NOMBRES: Nicolás
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Barrio
 CALLE: Pan de Azúcar COMUNA: _____

ESPECIALIDAD: [REDACTED] 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: Dr. Nicolás Saenz C. Carvajal
 R.C.M.: 29820-1
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: _____
 1= SI 2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
AÑO	DIA	AÑO	MES	AÑO	MES

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

1= SI 2= NO dias hábiles siguientes de recepcionado el documento, dentro de los 30 dias hábiles anteriores a la fecha de emisión de la licencia.