



República de Chile
Provincia de Linares
Departamento de Personal

PARRAL, 24 Nov 2017

DECRETO EXENTO N°: 7.411

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
	YESENIA MATA GOMEZ	2-55238201	3	22.11.2017	24.11.2017
	ANA MUÑOZ BUSTAMANTE	1-37436884	4	14.11.2017	17.11.2017
	ALEXIA LANDAETA MORALES	1-37500165	7	18.11.2017	24.11.2017
	JENIFER ROSALES BAHAMONDEZ	2-54795699	4	15.11.2017	18.11.2017

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



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION

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



Licencia Médica

Nº 2 - 55238201

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: Medel
 APELLIDO MATERNO: Gomez
 NOMBRES: Yermaniz Cami
 FECHA EMISION LICENCIA: 22/11/17
 FECHA INICIO DE REPOSO: 22/11/17
 DIA: 22, MES: 11, AÑO: 17
 Nº DE DIAS: 03
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: Tres

RUN: [Redacted]
 FECHA DE NACIMIENTO: 08/08/90
 EDAD: 27
 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: [Redacted]
 APELLIDO MATERNO: [Redacted]
 NOMBRES: [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

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

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

HORA MINUTOS: [Redacted]
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [Redacted]
 MES: [Redacted], AÑO: [Redacted]

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): A su domicilio por 20 días

DIRECCION DE REPOSO: Cerro de los Hornos
 CALLE: [Redacted]
 Nº: 59, DPTO: [Redacted]

VILLA O POBLACION: General
 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

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

APELLIDO PATERNO: Villalobos
 APELLIDO MATERNO: Rojas
 NOMBRES: Aurora
 ESPECIALIDAD: Medicina General
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 29960-5
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [Redacted]
 CALLE: [Redacted]
 COMUNA: [Redacted]

Nº: 411
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Redacted]

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Redacted]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	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 recepción del documento.

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



Licencia Médica

N° 1 - 37500165

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO

 N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO
 M 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

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

 CALLE N° DPTO

VILLA O POBLACION

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 APELLIDO MATERNO NOMBRES

 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

ESPECIALIDAD CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

 CALLE N°

COMUNA

FIRMA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	AÑO	MES

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.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 2 - 54795699

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: R O S A C E S
 APELLIDO MATERNO: B A I A M O U J E
 NOMBRES: J E N T R E N
 RUN: [REDACTED]
 FECHA EMISION LICENCIA: 15/11/17
 FECHA INICIO DE REPOSO: 15/11/17
 DIA: 15 MES: 11 AÑO: 17
 FECHA DE NACIMIENTO: 22/03/87
 EDAD: 30
 SEXO: F
 Nº DE DIAS: 09
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: [REDACTED]

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]
 RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]
 DIA: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]
 HORA: [REDACTED] MINUTOS: [REDACTED]
 TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]
 MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]

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): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: LA OQUEDA NOROESTE 874
 CALLE: [REDACTED]
 Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]
 VILLA O POBLACION: LONGANI
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED] CELULA: [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

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

APELLIDO PATERNO: COX
 APELLIDO MATERNO: FAJARDO
 NOMBRES: MARCELO
 RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]
 ESPECIALIDAD: GENEAL
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: KJN 8 MOA LPA
 Nº: 528-A
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR, USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN 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 recepción del documento.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

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