

República de Chile Provincia de Linares Departamento de Personal

PARRAL, 27 DIC. 2017

DECRETO EXENTO Nº: 804+/

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°5032 de fecha 07.08.2017, que aprueba contrato de faena especifica del personal más abajo individualizada.
- 3.- El Decreto Exento N°6646 de fecha 23.10.2017, que aprueba contrato de faena especifica del personal más abajo individualizada.
- 4.- Las Licencias Médicas presentada por los Trabajadores P.G.E.-
- 5.- EL Decreto Exento N° 190 de fecha 11.01.2017 que designa Alcalde Subrogante a Don IVAN DAMINO HERNANDEZ, Directivo, Grado 6º E.M.S.-
- **6.-** El Decreto Exento Siaper N° 2025 de fecha 19.12.2017, que designa Secretaria Municipal Subrogante a la Srta. **ERICA GAJARDO PEREZ**, Profesional, Grado 10° 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	1-35476910	84	21.09.2017	13.12.2017
	ELIZABETH CASTRO YAÑEZ	PARENTAL	19	13.12.2017	31.12.2017
	HECTOR GONZALEZ MUÑOZ	1-37766570	7	21.12.2017	27.12.2017
	CLAUDIO TAPIA GUTIERREZ	2-55237550	10	06.12.2017	15.12.2017
	CLAUDIO TAPIA GUTIERREZ	2-55702118	7	16.12.2017	22.12.2017
	ELIAS VASQUEZ ASCENCIO	2-53832984	12	29.11.2017	10.12.2017

ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

ERICA GAJARDO PEREZ SECRETARIA MUNICIPAL (S)

IDH/EGP/epc.
DISTRIBUCIÓN

1.- Archivo

2.- Personal

ALCALDE DE IVAN DAMINO HERNANDEZ ALCALDE DE PARRAL (S)



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. № 3/1984.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFE A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR	SIONAL
CARTRO YALER DIIZ	n setin
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Z 9 0 9 1 7 FECHA INICIO Z 1 0 9 1 7	NOMBRES RUN M.6
FECHA EMISION LICENCIA FECHA EMISION LICENCIA FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEX
84 OCHENTA) CC	FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEX
N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRA	S
A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juició de adopción plena (Ley 18.867).	menor de un año y post natales.
	FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO A.3. TIPO DE LICENCIA	NOMBRES RUN
A.S. IIPO DE LICENCIA	A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO
1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	SOLO PARA A= MAÑANA B= TARDE
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL	REPOSO PARCIAL C= NOCHE LUGAR DE REPOSO 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO	LUGAR DE REPOSO 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
RECUPERABILIDAD 1 = SI INICIO TRAMITE 1 = SI	DIRECCION DE REPOSO
LABORAL 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO	CALLE
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	
. DIA MES AÑO	No DPTO
TRAYECTO 1 = SI	VILLA O POBLACION
HORA MINUTOS 2 = NO	PARNAL
	COMUNA
FECHA DE LA CONCEPCION 1216	TELEFONO
MES AÑO	CONTROL
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELEC	CORREO ELECTRONICO CTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN SIR IL III CHES
ESTA LIN Y A ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL	ART. 10 LEY 19.628 ACCUITABLE OF THE PROPERTY
A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son ob	1-1650100
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	ESPECIALIDAD 3 MATRONA
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION	EGIO PROFESIONAL CORRED ELECTRONICO
1 catala	TISTAL LUC
CALLE	N° FIXMA DEL PROFESIONAL
COMUNA IN ASSESSED HERALEVALUE AND ASSESSED ASSESSEDA	
COMMONA QUELESTIFICATION DE LA COMMONA QUELESTIFICATION DE LA COMMONA DE	NTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES
MOMBRE, FIRMAY V TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	f/ 60 f/ f/ 80 f0 21
	11 80 01 11 80 10 01
ANOSGIGO S	11 40 12 11 10 20 02
DERSONAL STATE	11 30 10 11 30 20 05
OAGIL	fl so ho fl ho so of
dias hâbiles siguientes de recepcionado el documento.	ATZAH BESDE AÑO DIATOT AÑO BIG ANES AÑO BIG ANES AÑO
1 = SI Art. 13 − El empleador deberā presentar la licencia mēdica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres dias hābiles signientes de recepondiente, dentro de los tres	OSTANDALINA OBCICATIONIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
, sobeleden	C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
- Particular	The state of the s

RÉGIMEN TRANSITORIO MODELO CARTA AVISO AL EMPLEADOR PERMISO POSTNATAL PARENTAL COMPLETO

	postnatal y desea tomar el permiso postnatal parental completo, no requiere dar aviso al empleador)
	SR. Municipalidad ok Parral (Nombre del empleador) diciocho (Domicilio)
	PRESENTE
	Yo. Elizabeth Soledad Castro Yame, RUT N°, comunico a 8d. que haré uso del permiso postnatal parental completo, desde el. 13.12/2017.
	RCDI DI LUI A
	Elizabeth Casho y of the Firma TRABAJADORA
	NOTAS: Podrán solicitar este beneficio quienes al 17 de octubre de 2011 hubieren terminado su descanso postnatal, siempre y cuando, el menor hubiere tenido menos de 24 semanas de edad a la fecha indicada.
	El presente aviso debe ser enviado al empleador con a lo menos 5 días de anticipación a la fecha en que se hará uso del permiso postnatal parental completo. Con todo, dicho aviso deberá enviarse antes que el menor cumpla 24 semanas de edad.
	PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:
	Nombre Empleador: ILUSTRE MUNICIPALISTA DE PARRA
	RUT: 69130700- K
	Fecha recepción: 12-12-201)
	Fecha recepción: 12.12.201) PERSONAL PRIMA Y TIMBRE
1	NOTA: Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio,
1	onton del inicia del maneria.

antes del inicio del permiso postnatal parental.

Nº 1 - 37766571

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.

SECCION AYUSO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFES A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR	SIONAL
GONZACEZ MUNOZI HEC	HOR JOHN
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO	NOMBRES 701/93 79 77 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEX
N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS	
A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño n (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).	nenor de un año y post natales. FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	
A.3. TIPO DE LICENCIA	NOMBRES 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	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
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
RECUPERABILIDAD 1 = 51 INICIO TRAMITE 1 = 51 LABORAL 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO	GAN MARTIN
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO	N° DPTO
HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = 51 2 = NO	VILLA O POBLACION COMUNA COMUNA
FECMA DE LA CONCEPCION MES AÑO	TELEFONO CELL CORRED ELECTRONICO
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELEG ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL AI	RT. 10 LEY 19.628
A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son ol FUENHES 6002 ACEZ A APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	PAN. M. Med-Geveral 7 = MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
381	BS - F
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION	1 Luckt
KINTIDIAL ITTALE	N° FIR GAME PROFESIONAL
PANACI.	
NO ABRIR. USO EXCLUSIVO	CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES
ROBER MON TO THE PER PARTY OF EMPLEADOR OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PROPERTY OF THE PR	
das habites sigulentes de recepcionado el domimento.	ATSAH AIG SAIG AIG SAIG AIG SAIG ANO
2 1=5; Art. 13 - El emplesdor deberê presentar la licencia médici sinte el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres disa habiles signifente correspondiente, dentro de los tres	PERSON AND ANGEST OF THE PROCESS OF THE PERSON NOTES OF THE PERSON OF TH
sopplequ;	Manuscripture and the second s

Nº 2 - 55237550

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.

	SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR		
	Tapia Gurispher Chulo		
	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO	NOMBRES RUN M 6 F FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO	
	N° DE DIAS 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).	enor de un año y post natales. FECHA DE NACIMIENTO	
	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	NOMBRES RUN	
	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	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	
	7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
	RECUPERABILIDAD 1 = SI INICIO TRAMITE 1 = SI LABORAL 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO	DIRECCION DE REPOSO CALLE	
	FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO	N° DPTO	
	TRAYECTO 1 = SI 2 = NO 2 = NO	VILLA O POBLACION	
	FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO	COMUNA TELEFONO CORREO ELECTRONICO	
	AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELEC ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL AR		
	A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son ob	ligatorios) 1= MEDICO 2= DENTISTA	
	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	ESPECIALIDAD ESPECIALIDAD SEGIO PROFESIONAL ESPECIALIDAD SEPECIALIDAD CORREO ELECTRONICO SEGIO PROFESIONAL	
	DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION		
	CALLE DIMOTO	Not PROFESIONAL	
	PAN MILLION COMUNA	TELEFONO	
	NO ABRIR. USO EXCLUSIVO C	CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES	
Г	NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE BEL EMPLEADOR O TRA PALDOR INDEPENDIENTE		
	DEERSON ARE		
	9	ATZAH 3GSOG 2AIG JATOT 0ÑA 23M AIG 2AIG JATOT	
	T _{= SI} Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o lsapre correspondiente, dentro de los tres Z= NO días hábiles siguie es de recepcionado el documento. T	C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLICATORIA DEL EMPLEADOR O TRABALADOR INDEPENDIENTE)	

Nº 2 - 55702118

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESI A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR	ONAL
TAMIA CUTIEN NER	(1) 4 1/2
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO FECHA INICIO	NOMBRES RUN MÓF
FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO 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	enor 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	A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO
1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	SOLO PARA SOLO PARA REPOSO PARCIAL C = NOCHE
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL	LUGAR DE REPOSO 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
RECUPERABILIDAD 1 = SI INICIO TRAMITE 1 = SI 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO	DIRECCION DE REPOSO A A CALLE
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO	329
DIA MES AÑO	N° DPTO
TRAYECTO 1 = SI	VILLA O POBLACION
HORA MINUTOS	COMUNA
	TELEFONO
FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO	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.S. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos campos son obl	EIDMA DEL TRARA IADOR
HAMPA BAME ATA GUI	1= MEDICO 2= DENTISTA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	ESPECIALIDAD 3= MATRONA
RUN RÉGISTRO COLE	GIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION	
CALLE	No FIRMA DEL PROFESIONAL
COMUNA COMUNA	TELEFONO
NO ADDID HEO EVELLICIVO	CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES
NO ADNIN. USU EXCLUSIVO	CONTRALONIA MEDICA COMITIN E ISAFRES
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
	tv 21 SV tu 21 30 02
	TOTAL DIA SAM AID SAID AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN
ante el COMPIN o l'aspre correspondiente, dentro de los tres dispientes de recepcionado el documento.	(3) THE CONTRACTOR OF LEVEL OF SOUR STANDARD OF THE GROUP STAND STANDS OF THE CONTRACTOR OF THE CONTRA
Art. 13 – El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o laspre correspondiente, dentro de los tres	C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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.

THE POST OF ENDIENTS. Describe to Received messes				
SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESI A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR	IONAL			
VAS QUET MECH CO				
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO FECHA INICIO DE REPOSO APELLIDO MATERNO	NOMBRES RUN M 6 F			
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).	ienor de un año y post natales.			
UNIS. 155 y 200 det C. Det Hadajor y Juicio de adopción pena trey 16.007/.	FECHA DE NACIMIENTO			
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	NOMBRES RUN			
A.3. TIPO DE LICENCIA	A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO			
1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL A= MAÑANA			
3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	SOLO PARA B= TARDE C= NOCHE			
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO	LUGAR DE REPOSO 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO			
7- PAIOLOGIA DEL EMBARAZO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) DIRECCION DE REPOSO			
RECUPERABILIDAD 1 = SI INICIO TRAMITE 1 = SI LABORAL 2 = NO DE INVALIDEZ 2 = NO	DAJADE A			
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	371			
DIA MES AÑO	Nº DPTO			
TRAYECTO 1 = SI 2 = NO 2	VILLA O POBLACION			
HORA MINUTOS	COMUNA			
	TELEFONO			
FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO				
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELEC	CTRONICO 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 ob	FIRMA DEL TRARA IADOR			
A.S. IDENTIFICACION DEL PROPESIONAL (1000S LOS CAMPOS SON OB	DE LOS COLOS 1= MEDICO			
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	ESPECIALIDAD 2= DENTISTA 3= MATRONA			
PENKIPS OF	EGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO			
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION	THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH			
CALLE CALLE	N° FIRMA DEL PROFESSIONAL			
PARRALLIA				
NO ABRIR. USO EXCLUS	IVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES			
A				
NOMBRE TRAILEY TANGE DEL EMPLEADOR O MARAJADOR INDEPENDIENTE				
L PERSONA IN				
S JEFE DE CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PR				
9 7 7 7 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	OÑA ZEM AIG OÑA ZEM AIG			
dīas hábites siguientes de recepcionado el documento.	ATZAH SAIG LATOT			
1= SI Art. 13 - El empleador debera presentar la licencia médica 2= NO ante el COMPIN o isapre correspondiente, dentro de los tres	UNFORMACION OSCICATORIA DEL EMPLEADOR O TRABADADOR INDEPENDIENTED			