



República de Chile
Provincia de Linares
Departamento de Personal

PARRAL, 27 DIC. 2017

DECRETO EXENTO N°: 8047/

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 específica del personal más abajo individualizada.
- 3.- El Decreto Exento N°6646 de fecha 23.10.2017, que aprueba contrato de faena específica 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 6° 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)



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ALCALDE DE PARRAL (S)

IDH/EGP/epc.
DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo
- 2.- Personal



Licencia Médica

Nº 1- 35476910

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: CASTRO, Yacer, Elizabeth
Apellido Materno: [Redacted]
Nombres: [Redacted]
Fecha Emisión Licencia: 29/09/17
Fecha Inicio de Reposo: 21/09/17
Día: 21, Mes: 09, Año: 17
Nº de días: 84
Nº de días en palabras: ochenta y cuatro

RUN: [Redacted]
Fecha de Nacimiento: 23/04/84
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: [Redacted]
Apellido Materno: [Redacted]
Nombres: [Redacted]
Fecha de Nacimiento: [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
3
Recuperabilidad Laboral: 1= SI, 2= NO
Inicio Trámite de Invalidez: 1= SI, 2= NO
Fecha del accidente del trabajo o del trayecto: [Redacted]
Día: [Redacted], Mes: [Redacted], Año: [Redacted]
Trayecto: 1= SI, 2= NO
Hora: [Redacted], Minutos: [Redacted]
Fecha de la concepción: 12/16
Mes: 12, Año: 16

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL
Solo para reposo parcial: [Redacted]
A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE
Lugar de reposo: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
Justificar si es otro (3): [Redacted]
Dirección de reposo: [Redacted]
Calle: [Redacted]
Nº: [Redacted], DPTO: [Redacted]
Villa o Población: [Redacted]
Comuna: [Redacted]
Teléfono: [Redacted]
Correo electrónico: [Redacted]

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

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

Apellido Paterno: BUENO, Puentes, Angelica
Apellido Materno: [Redacted]
Nombres: [Redacted]
Registro Colegio Profesional: [Redacted]

Matrona
Especialidad: [Redacted]

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA
3

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Calle: [Redacted]
Comuna: PA

SIN

Firma del Profesional

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

Municipalidad de [Redacted]
Personal: [Redacted]
Nombre, Firma y Timbre del Empleador o Trabajador Independiente: [Redacted]

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.

1= SI
2= NO
1

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO
24	05	17	01	09	17
10	01	17	08	08	17
30	02	17	07	07	17
30	02	17	06	06	17
30	03	17	05	05	17
30	04	17	04	04	17

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

**RÉGIMEN TRANSITORIO
MODELO CARTA AVISO AL EMPLEADOR
PERMISO POSTNATAL PARENTAL COMPLETO**

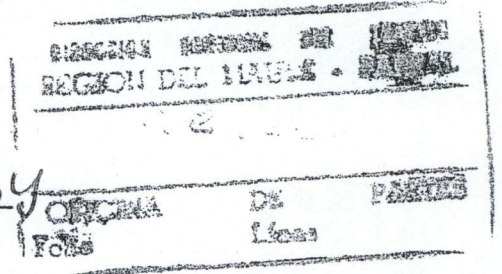
(Si la trabajadora se encuentra haciendo uso de licencia por descanso postnatal y desea tomar el permiso postnatal parental completo, no requiere dar aviso al empleador)

SR. Municipalidad de Parral
(Nombre del empleador)
diario
(Domicilio)

PRESENTE

Yo Elizabeth Soledad Castro Yanez
RUT N° [REDACTED], comunico a Ud. que haré
uso del permiso postnatal parental completo, desde el 13.12.2017.

Elizabeth Castro Y
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:	<u>ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL</u>
RUT:	<u>69130700-K</u>
Fecha recepción:	<u>12.12.2017</u>
 <u>[Signature]</u> FIRMA y TIMBRE	

NOTA: Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, antes del inicio del permiso postnatal parental.

Nº 1 - 37766570



Licencia Médica

Nº 2 - 55237550

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 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			
061212				061212				240272			
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				FECHA DE NACIMIENTO			
19				2104				43			
Nº DE DIAS				Nº DE DIAS EN PALABRAS				EDAD			
								SEXO			
								M 6 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			

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			
Nº DPTO			
VILLA O POBLACION			
COMUNA			
TELEFONO			
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	
149113-6		149113-6		149113-6	
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		FIRMA DEL TRABAJADOR	
CALLE		Nº		FIRMA DEL PROFESIONAL	
COMUNA		CORREO ELECTRONICO		FIRMA DEL PROFESIONAL	

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TITULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
PERSONAL MUNICIPALIDAD DE	

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.

1= SI
2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 2 - 55702118

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 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			
141217				161217				161217			
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				DIA MES AÑO			
07				161217				DIA MES AÑO			
Nº DE DIAS				Nº DE DIAS EN PALABRAS							

RUN				FECHA DE NACIMIENTO				EDAD				SEXO			
440273				45				7				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				INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ			
1= SI 2= NO				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											
Nº				DPTO							
VILLA O POBLACION											
COMUNA											
TELEFONO											
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			
14913				14913				14913			
RUN				RÉGISTRO COLEGIO PROFESIONAL							

ESPECIALIDAD				CORREO ELECTRONICO			
1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA				9601960@yahoosl			

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE				COMUNA			

FIRMA DEL TRABAJADOR				FIRMA DEL PROFESIONAL			

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN 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 recepcionado el documento.

1= SI 2= NO			
1			

TOTAL DIAS				DESDE				HASTA			
10				06				12			
DIA				MES				AÑO			

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 2 - 53832984

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

VÁSQUEZ ALEJANDRO ELIAS														
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES				
28.11.17					29.11.17									
FECHA EMISION LICENCIA					DIA MES AÑO									
12					DOCE									
Nº DE DIAS					Nº DE DIAS EN PALABRAS									

30.09.74										43		M	
FECHA DE NACIMIENTO										EDAD		SEXO	

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	
Nº DPTO	
VILLA O POBLACION	
COMUNA	
TELEFONO	
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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

MUNTA GARCIA SOLEDAD														
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES				
										22.09.10				
										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				

Medico General										☒ 1= MEDICO	
ESPECIALIDAD										☐ 2= DENTISTA	
										☐ 3= MATRONA	
CORREO ELECTRONICO											

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

DIEGO																			
CALLE																			
PARRAL																			
COMUNA																			

821																			
Nº										FIRMA DEL PROFESIONAL									

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE									
JEFE DE PERSONAL									

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		AÑO		MES		DIA	

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Trabajados.