

PARRAL, 04 OCT. 2018

DECRETO EXENTO N°: 5158 /

VISTOS:

- 1.- Lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios año 2018.
- 2.- Las Licencias Médicas presentada por los siguientes prestadores.
- 3.- El Decreto Exento N° 3.430 de fecha 03.07.2018 que delega la firma de Alcalde a la Encargada de Personal, Srta. **ERICA GAJARDO PEREZ, Profesional, Grado 10º E.M.S.-**
- 4.- El Decreto Exento Siaper N° 2.558 de fecha 12.09.2018 que designa como Secretario Municipal Subrogante a Don **VICTOR VALVERDE ROMERO, Directivo, Grado 8º E.M.S.-**
- 5.- 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
13.374.245-K	PAULA FIGUEROA VASQUEZ	3-1624356-6	04	01.10.2018	04.10.2018
15.500.391-K	ALEXIA LANDAETA MORALES	2-58948262	03	03.10.2018	05.10.2018
16.784.035-3	PAULA PALMA CARES	2-51521781	02	27.09.2018	28.09.2018
14.054.450-8	GRISSEL PARADA RIQUELME	2-57943430	05	24.09.2018	28.09.2018
12.670.014-1	EVELYN QUEZADA CESPED	2-56152659	02	27.09.2018	28.09.2018

ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"



VICTOR VALVERDE ROMERO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)



ERICA GAJARDO PEREZ
ENCARGADA DE PERSONAL

EGP/VVR/nmo.

DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo ✓
- 2.- Personal(2)



Licencia médica

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.
*** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



4 10 0 1 6 2 4 1 3 5 6 0 6 7 1

N° 3 FOLIO: 1624356-6

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

FIGUEROA	VÁSQUEZ	PAULA ANDREA	13374245-K	40	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

2 - CELULAR	987019924
CANAL	DATO

FECHA EMISION LICENCIA <input type="text" value="01"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="18"/> <small>Día Mes Año</small>	FECHA INICIO DE REPOSO <input type="text" value="01"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="18"/> <small>Día Mes Año</small>	N DE DIAS 4	N DE DIAS EN PALABRAS CUATRO
---	---	----------------	---------------------------------

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo 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	RUN	FECHA DE NACIMIENTO
-------------------------	-------------------------	----------------	------------	----------------------------

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 1=Enfermedad o Accidente Comun
- 2=Prorroga Medicina Preventiva
- 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
- 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año
- 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
- 6=Enfermedad Profesional
- 7=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No
---	---

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
---	--

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
---	--------------------------	---

LUGAR DE REPOSO 1=Su Domicilio
 2=Hospital
 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA
 LOS ENCINOS 1026 RETIRO CHILE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 987019924

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LABRA	BALLESTA	GUILLERMO ANTONIO	8099603-9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

CIRUGIA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	0	GLABRA1960@YAHOO.ES
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

AVDA. ANIBAL PINTO N° 1255 # PARRAL CHILE	732462346	
DIRECCION	TELEFONO	FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Nº 2 - 58948262

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 periodo 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: Lenore APELLIDO MATERNO: de los Rios NOMBRES: Alba
 FECHA EMISION LICENCIA: 03 FECHA INICIO DE REPOSO: 03 10 18 DIA MES AÑO
 N° DE DIAS: 03 N° DE DIAS EN PALABRAS: tres
 RUN: 15500391 FECHA DE NACIMIENTO: 04 11 82 DIA MES AÑO EDAD: 35 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
 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: Sector Parchene
 CALLE: 51a Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: 912 8830904
 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: Villagra APELLIDO MATERNO: Trujillo NOMBRES: Andra
 RUN: 12360086-6 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 20000-5
 ESPECIALIDAD: Medico Cirujano
 CORREO ELECTRONICO: RA VILLAGRA TAP
 RUT.: 12.360.086-6
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
 CALLE: 51a Nº: 911
 COMUNA: Maipo Nº: 23 2764328

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	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

Nº 2 - 51521781

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: DALMA CADES PAULA FERNANDA
 APELLIDO MATERNO: PAULA FERNANDA
 NOMBRES: PAULA FERNANDA
 RUN: 16734035 - 3
 FECHA EMISION LICENCIA: 220918
 FECHA INICIO DE REPOSO: 270918
 DIA: 27 MES: 09 AÑO: 18
 FECHA DE NACIMIENTO: 040288
 EDAD: 30
 SEXO: F
 Nº DE DIAS: 002
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: DOS

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: PASEO 1
 CALLE: 254
 Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: PORTAL ALAMEDA
 COMUNA: PARRAL
 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: LLAMOS YEUENES ROBERTO
 APELLIDO MATERNO: _____
 NOMBRES: ROBERTO
 ESPECIALIDAD: Médico Cirujano
 RUN: 17045466 - P
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 33174 - 0
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: DECEPCHO
 CALLE: _____ Nº: 825
 COMUNA: PARRAL

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*
 CORREO ELECTRONICO: Roberto Llamas Yevenes
 Tel: 17.045.466-9
 R.C.M. 33.174-0

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	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.

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



Licencia Médica

Nº 2 - 57943430

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: P A N A D A
 APELLIDO MATERNO: A C U V E L U E
 NOMBRES: G A R C E L
 FECHA INICIO DE REPOSO: 2 4 0 9 1 8
 FECHA EMISION LICENCIA: 0 5
 N° DE DIAS: C W C O
 N° DE DIAS EN PALABRAS:

RUN: 1 4 0 5 4 4 5 0 - 8
 FECHA DE NACIMIENTO: 0 2 0 9 8 1
 EDAD: 3 6
 SEXO: M 6 F 1

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: 0 5 1 8
 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: P A B C O J E N U D A
 CALLE: _____
 N°: 9 6 5 DPTO: _____

VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: P I Z A R A C
 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: L O X
 APELLIDO MATERNO: J A L E T T A
 NOMBRES: M A T H E A S
 RUN: 7 3 8 4 6 3 - 2
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 1 5 1 5 1 - 0

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

P A C

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*
 ESPECIALIDAD: *[Firma]*
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

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 recepcionado el documento.

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

--	--	--	--	--	--

trabajados.



Licencia Médica

Nº 2 - 56152659

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: **QUEZADA** APELLIDO MATERNO: **CESPED** NOMBRES: **EVELYN OLGA**
 FECHA EMISION LICENCIA: **02** N° DE DIAS: **02** N° DE DIAS EN PALABRAS: **DOS**
 FECHA INICIO DE REPOSO: **27 09 18** DIA: **27** MES: **09** AÑO: **18**

RUN: **12670014** M Ñ F: F
 FECHA DE NACIMIENTO: **04 09 74** EDAD: **42** 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

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: **DADA DE TRES**
 CALLE: _____ N°: **928** DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **VILLA EL SOL**
 COMUNA: **PARRAL**
 TELEFONO: _____ CELULAR: **09 99757756**
 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: **ANNA** APELLIDO MATERNO: **GARCÉS** NOMBRES: **SOLVEDAD**
 RUN: **16284950-6** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **33191-0**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **ANIBAL PINTO, OF 2011**
 CALLE: _____ N°: **715**
 COMUNA: **PARRAL**

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*
 ESPECIALIDAD: **Medico general** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*
Sol vedad Anna Garcés Cirujano

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.

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	AÑO	DIA

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