



República de Chile
Provincia de Linares
Departamento de Personal

PARRAL, 18 ABR 2018

DECRETO EXENTO SIAPER N°: 1.036/

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°1517 del 22.03.2018 que delega la firma de Alcalde al Administrador Don **EMILIO CISTERNAS HERNANDEZ, Directivo, Grado 6º 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
11.015.239-6	ERICA CERONI HERNANDEZ	1-37437192	3	18.04.2018	20.04.2018
16.827.422-K	SUELLEN LOYOLA VELOZO	2-56146008	7	18.04.2018	25.04.2018
16.518.767-9	FABIOLA PALMA GAJARDO	2-55877416	3	04.04.2018	06.04.2018
14.023.501-6	MARCELA SOTO MEJIAS	2-56242933	1	06.04.2018	06.04.2018

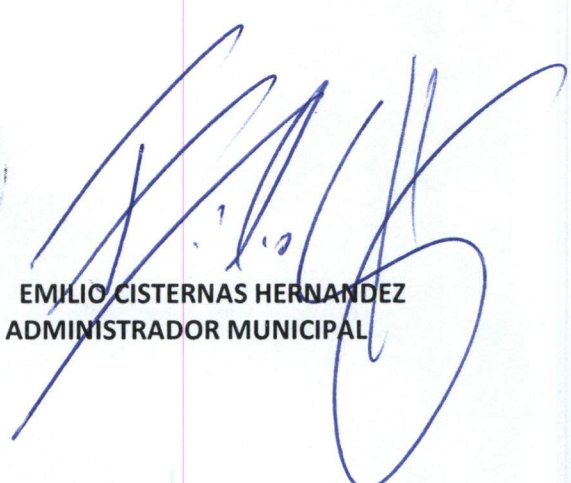
ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER - MUN.

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"




ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL




EMILIO CISTERNAS HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

ECH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo
- 2.- Personal



Licencia Médica

Nº 1 - 37437192

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

CE	RO	LI	HER	MAN	DEZ	ERI	CA	HAY	11	01	52	39	-	6
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			M ó F		
18			09			18			22			11		
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			DIA MES AÑO			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD		
3			18			09			18			53		
Nº DE DIAS			1			2			3			F		
			Nº DE DIAS EN PALABRAS									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	

1

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	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

MARI

NUJICA

CALLE

1230

Nº

PILAR

DPTO

Uº 2

VILLA O POBLACION

PARRAL

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)

B	I	Z	A	M	A	C	L	A	L	S	E	F	R	A	N	C	I	S	C	CIRUJANO MAXILOFACIAL	2	1= MEDICO	2= DENTISTA	3= MATRONA																																																							
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										ESPECIALIDAD																																																	
68										926										45										- 9										68										36										-																			
RUN										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRONICO										FIRMA DEL PROFESIONAL																																																	
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION										Nº										FIRMA DEL TRABAJADOR																																																											
A										Pinto										1155																																																											
CALLE																																																																															

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 recepcionado el documento.	
1= SI	2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA		AÑO		MES		DIA		AÑO		MES		DIA	

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 2 - 56146008

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

104064 VEL020 SUELL5N
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
170418 FECHA INICIO DE REPOSO 180418
FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
07 N° DE DIAS
Fiete N° DE DIAS EN PALABRAS
16827422 - K RUN
300188 FECHA DE NACIMIENTO 30 EDAD
M ó F 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
1
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)

4PMA APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
8099609 - 7 RUN
14913 - 6 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE
COMUNA
Especialidad
CORREO ELECTRONICO
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.

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 2 - 55877416

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

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (PALMA), APELLIDO MATERNO (GUTIERREZ), NOMBRES (FARMOLA), FECHA INICIO DE REPOSO (09/04/18), FECHA EMISION LICENCIA (09), N° DE DIAS (TRES), N° DE DIAS EN PALABRAS (TRES).

Form fields for worker identification: RUN (16518867-9), FECHA DE NACIMIENTO (04/01/87), EDAD (31), 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).

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO, RUN.

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form fields for license type: 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. Includes fields for RECUPERABILIDAD LABORAL, INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO, HORA MINUTOS, TRAYECTO, FECHA DE LA CONCEPCION.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form fields for rest characteristics: 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)

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO (LUNA), APELLIDO MATERNO (MARTINEZ), NOMBRES (GUILLERMO), RUN (8079603-9), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (19919-6).

Form fields for professional identification: DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION, CALLE, COMUNA.

Form fields for professional identification: ESPECIALIDAD (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA), CORREO ELECTRONICO (9661960@gmail.com), FIRMA DEL TRABAJADOR, FIRMA DEL PROFESIONAL.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

JADOR INDEPENDIENTE

Form fields for independent worker: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA INICIO DE REPOSO, FECHA EMISION LICENCIA, N° DE DIAS, N° DE DIAS EN PALABRAS.

Form fields for independent worker: DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION, CALLE, COMUNA, ESPECIALIDAD, CORREO ELECTRONICO, FIRMA DEL TRABAJADOR, FIRMA DEL PROFESIONAL.

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.

Form fields for independent worker: 1= SI, 2= NO.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Licencia Médica

Nº 2 - 56242933

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

SOLO APELLIDO MATERNO NOMBRES
060418 FECHA INICIO DE REPOSO 060418 DIA MES AÑO
1 N° DE DIAS UNO N° DE DIAS EN PALABRAS

14023501-6 RUN
200881 36 FECHA DE NACIMIENTO EDAD
F 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
1 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)

Wibone BAZO CRISTOBAL APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
1727213-4 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Amibal Pinto CALLE PASO COMUNA

ESPECIALIDAD

CORREO ELECTRONICO

1064 N°

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

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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