

BAQUEDANO, 28 MAR 2012

CON ESTA FECHA LA ALCALDÍA HA

DECRETADO LO QUE SIGUE:

EXENTO Nro: 680

**VISTOS:**

1. La Licencia Médica N° 35952245, presentada por la Srta. Fannie Miranda Hidalgo, Cédula Nacional de Identidad Nro.16.874.533-8.
2. El Decreto de Registro Nro. 223 de fecha 01 de diciembre del 2010, que nombra a doña Fannie Miranda Hidalgo en la Planta Administrativa Grado 18° E.M.S, de esta Entidad Edilicia.
3. La Ley Nro. 18.883, "Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales".
4. En uso de de las facultades que me confieren los artículos 56 y 63 del DFL N° 1 del Ministerio del Interior de fecha 09 de mayo del 2006, publicado en el Diario Oficial el 26 de julio del 2006, que fija el Texto Refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.

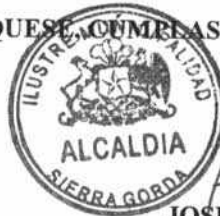
**DECRETO:**

1. **APRUEBESE** Licencia Médica N° 35952245, presentada por la funcionaria Srta. Fannie Miranda Hidalgo, Cédula Nacional de Identidad Nro. 16.874.533-8, Grado 18° E.M.S., Administrativa, de esta Entidad Edilicia, por el periodo comprendido desde el 26 de Marzo del 2012 al 30 de Marzo del 2012, según vistos.
2. **COMUNIQUESE** Administrador Municipal, Secretaria Municipal, Control, Personal e Interesada.
3. **ARCHÍVESE** el presente documento para posterior control de la Oficina Regional de la Contraloría General de la República.

ANÓTESE, COMUNIQUESE, COMPRENDESE Y ARCHÍVESE.



BARBARA SILVA LERIS  
SECRETARIA MUNICIPAL



JOSÉ GUERRERO VENEGAS  
ALCALDE

JGV/BSL/KBN/HSO/hso

**DISTRIBUCIÓN:**

- ADMINISTRADOR MUNICIPAL
- SECRETARIA MUNICIPAL

# 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 período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE CHILE

N° 2 - 35952245

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: MICRANADA APELLIDO MATERNO: HUSTRALGO NOMBRES: FAMRIS RUN: 16874533-8  
 FECHA EMISION LICENCIA: 26 03 12 FECHA INICIO DE REPOSO: 26 03 12 EDAD: 23 SEXO:  F  
 N° DE DIAS: 05 N° DE DIAS EN PALABRAS: CINCO

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo 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: \_\_\_\_\_ 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 HIJO 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: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_ TRAYECTO:  1 = SI  2 = NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: 10 11 (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: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA: LA PINTA 4221 DENT 305  
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 66037519

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

FIRMA DEL TRABAJADOR

EPECIALIDAD: 6156600

1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: UNQUILTA APELLIDO MATERNO: GOSAY OSCA NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 RUN: 4448932 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 7 SP22-7 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: 227202 MATRILLA: MATTA 1868 25 TELEFONO: 22922

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

I. MUNICIPALIDAD DE SIERRA GORDA  
 OFICINA DE PARTES  
 ORIGEN: Person. d.  
 ENTRADA: 27.03.12  
 SALIDA ALCALDIA: \_\_\_\_\_  
 TRAMITE: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: \_\_\_\_\_  
 FONTO: \_\_\_\_\_

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

ante el Servicio de Salud o Impre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.  
 1 = SI  2 = NO

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

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

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: