

DECRETO EXENTO N°: 1460 /

PARRAL, Mayo 12 del 2010.-

**VISTOS:**

- 1.- Las facultades que me confiere la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- La Licencia Médica N° 29517517 presentada por don **MARIOLE PARADA ALVAREZ.-**


**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **MARIOLE PARADA ALVAREZ**, Técnico, Grado 14° E.M.R., por Siete (07) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 12.05.2010, debiendo reasumir a sus funciones el día 19.05.2010.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.**



  
**JAQUELINE SILVA SALDIAS**  
**JEFE DE PERSONAL**

  
  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

**DISTRIBUCION**

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

### C.I. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

OCCUPACION	
14	11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
	12 = PROFESOR.
	13 = OTRO PROFESIONAL.
	14 = TECNICO.
	15 = VENDEDOR.
	16 = ADMINISTRATIVO.
	17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
	18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
	19 = OTRO (ESPECIFICAR):

## FECHA RECEPCION: LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE BENEPLÉO	
Trabajador Afiliado a AYC	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
Contrato de duración indefinida	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6**

☐ E = SERVICIO DE SALUD  
☐ F = MUTUAL  
☐ G = INP  
☐ H = EMPLEADOR

1	MUNICIPIO	DA	DE	PARANÁ
---	-----------	----	----	--------

**DECLARACIÓN DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**  
 DECLARACIÓN QUE DEBE PRESENTAR EL TRABAJADOR DEL SECTOR PRODUCTIVO PARA REGISTRAR SOCIEDADES EN LA COLUMBIANA O EXTRANJERA CORPORAÇÃO

1. LOS REGISTROS DE LOS PRODUCTOS REGISTRADOS EN LA COMISION C. O. S. E. Y SUS CORRESPONDIENTES.

( INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FOLIA DE LA INCAPACIDAD )

% DESABUCIO

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tipo 90 L.F.) para trabajadores afiliados a AEP

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES TIPO 3 SE DEBE LLENAR ADICIONALMENTE AL RESULTADO SIGUIENTE

[illegible]

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al comienzo o cese de una

que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

# Licencia Médica

La COMPTN, 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.3. N° 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2- 29517517

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **PARRADA** APELLIDO MATERNO: **ALVAREZ** NOMBRES: **KARLOLE** RUN: **12360269-2**  
 FECHA EMISIÓN LICENCIA: **11/05/10** FECHA INICIO DE REPOSO: **12/05/10** EDAD: **36** SEXO: **F**  
 N° DE DÍAS: **07** N° DE DÍAS EN PALABRAS: **SETE**

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.

APELLIDO PATERNO: **BASCUDAN** APELLIDO MATERNO: **PARRADA** NOMBRES: **RATHELA** RUN: **23216926-5**  
 FECHA DE NACIMIENTO: **04/01/10**

### A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
 2 = PRERROGA 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 EMBRAZO  
**4**

PERMANENCIA LABORAL: ☐ 1 = SI ☐ 2 = NO  
 RECIBO TRAMITE DE INVALIDEZ: ☐ 1 = SI ☐ 2 = NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: **11/05/10**  
 DÍA: **11** MES: **05** AÑO: **10**  
 TRAYECTO: ☐ 1 = SI ☐ 2 = NO  
 DURA (MINUTOS): **07**  
 FECHA DE LA CONFERENCIA: **11/05/10**  
 MES: **05** AÑO: **10**

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL  
**1**


SOLO PARA REPOSO PARCIAL: **-**  
 A = MAÑANA  
 B = TARDE  
 C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO: **1** 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):  
 DIRECCION: CALLE N° DEPTO. COMUNA: **Julio Páez 2 Pte 7**  
**PORE 11-71 Pore**  
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **VALEZUELA** APELLIDO MATERNO: **GOÑI** NOMBRES: **ALBERTO** ESPECIALIDAD: **1** 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA  
 RUN: **10880632-K** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **750206** CORREO ELECTRONICO: **A. Pinto 4189@206**

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INTERVENIENTE:  


Para: 1 - El trabajador deberá presentar la licencia emitida ante el Servicio de Salud o Inspección correspondiente, en caso de los tres días hábiles siguientes de recepción de la licencia emitida.

1 = SI ☒ 2 = NO ☐

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MESES	DIA	MESES	DIA	MESES
01	05	01	05	01	05
02	05	02	05	02	05
03	05	03	05	03	05
04	05	04	05	04	05
05	05	05	05	05	05
06	05	06	05	06	05
07	05	07	05	07	05
08	05	08	05	08	05
09	05	09	05	09	05
10	05	10	05	10	05
11	05	11	05	11	05
12	05	12	05	12	05
13	05	13	05	13	05
14	05	14	05	14	05
15	05	15	05	15	05
16	05	16	05	16	05
17	05	17	05	17	05
18	05	18	05	18	05
19	05	19	05	19	05
20	05	20	05	20	05
21	05	21	05	21	05
22	05	22	05	22	05
23	05	23	05	23	05
24	05	24	05	24	05
25	05	25	05	25	05
26	05	26	05	26	05
27	05	27	05	27	05
28	05	28	05	28	05
29	05	29	05	29	05
30	05	30	05	30	05
31	05	31	05	31	05

CALIFICACIONES ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES  
 (INFORMAR CORPO ORIGINARIO DEL REPOSO LABORAL O TRABAJADOR INTERVENIENTE)