



REPUBLICA DE CHILE  
PROVINCIA DE LINARES  
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
Departamento de Personal

DECRETO EXENTO N° : 5.169-1

PARRAL, **04 Nov 2013**

**VISTOS:**

- 1.- Las facultades que me confieren 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.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.-
- 4.- La Licencia Médica N°**42855359**, de la Sra. **ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO., Directivo, Grado 7°E.M.R.**
- 5.- El Decreto Exento N°6071, del 14.12.2012., que Delega la firma Del Alcalde en el Administrador Municipal, **Don IVAN DAMINO HERNANDEZ, Directivo, Grado 6° E.M.R.**
- 6.- El Decreto Exento N°69 del 11.01.2013, que Designa como Secretaria Municipal Subrogante, a la Sra. **PAULA ZUÑIGA FUENTES, Directivo, Grado 7° E.M.S.-**

**DECRETO**

1.- **AUTORIZASE**, a doña **ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**, Directivo, Grado 7° E.M.R., por Siete (07) días, de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 24.10.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 31.10.2013.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.**



**PAULA ZUÑIGA FUENTES**  
**SECRETARIA MUNICIPAL (S)**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**

**IADH/PZF/EGP/gvb**  
**DISTRIBUCION:**

- Archivo
- Personal.



# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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.

N° 2 - 42855359

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DOMAN	CLAUSTO	ALEXANDRA	9202482	0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	

24 10 13  
FECHA EMISION LICENCIA

24 10 13 49  
FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO EDAD

M 6 F  
F  
SEXO

07  
N° DE DIAS

S I E T E  
N° DE DIAS EN PALABRAS

### 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										

### 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  
 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 : CALLE, N°, DEPTO., COMUNA  
 #240 *19 de mayo*  
*Puerto*

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) :  
 073 2 461289

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

10112	BAJICUMAN	VICTOR	MED FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	
10607658	8	22625-7		
RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO		
463774	Av. Ibañez Pinto 1064	Paraná		
TELEFONO	DIRECCION	FAX	FIRMA DEL PROFESIONAL	

**NO ABRIR. ISO EXCLUIDO CONTRA LA MEDICINA COMPLEMENTARIA**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARAL  
 PERSONAL

TOTAL DIAS		07	
HASTA	DESDE	DIA	MES
13	10	13	10
AÑO	AÑO	DIA	MES

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1 = SI  
 2 = NO

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

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 tres 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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

**C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARDAL

RUN: 69130700 K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 25/10/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N° 720

COMUNA: PARDAL CIUDAD: PARDAL

CODIGO COMUNAL USO COMPIN: [ ]

**ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR**

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.  
 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.  
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.  
 3 = CONSTRUCCION  
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.  
 5 = COMERCIO  
 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.  
 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS.  
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.  
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

**8**

**OCUPACION**

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).

**M**

**C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO**

**REGIMEN PREVISIONAL**

1 = D.L. 3501 INP.  
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

**2**

CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.): [ ]  
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. - CUPRUM

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.  
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.  
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

**1**

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: [ ]

**SEGURO DE DESEMPLEO**

-Trabajador Afiliado a AFC: **2** 1 = SI 2 = NO  
 -Contrato de duración indefinida: **1** 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/04/95

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/09

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7**

**D** A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = C.C.A.F.  
 D = EMPLEADOR

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6**

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARDAL

**C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F)	MONTO	N° DE DIAS
03	07	13	30	B	1.613.377.-	D	E
03	08	13	30	B	1.619.621.-	D	E
03	09	13	30	B	1.623.299.-	D	E

**% DESAHUCIO**

[ ] , [ ]

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$ [ ]

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES ( TIPO 3 ) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F)	MONTO	N° DE DIAS
				B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes 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.

← CONTINUA

← CONTINUA