



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

DECRETO EXENTO N°: 5.3651

PARRAL, 20 Nov 2013

- 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° **43202519** presentada por don (a) **ALEJANDRA GONZALEZ GONZALEZ.-**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN ALONSO DAMINO HERNANDEZ.**

**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **ALEJANDRA GONZALEZ GONZALEZ**, Contrata, CUATRO (04) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 12.11.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 16.11.2013.

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

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

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

IDH/ARC/EGP/nba.  
DISTRIBUCION: Archivo/Personal.-

  
  
**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
**ADMINISTRADOR 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

N°2- 43202519

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: Gonzalez, Apellido Materno: Gonzalez, Nombres: Premona, Run: 15132997-1

Fecha Emisión Licencia: 12/14/13

Fecha Inicio de Reposo: 12/11/13

Edad: 31

Sexo: F

N° de Días: 04

N° de Días en Palabras: Cuatro Días

### 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 HJO 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 Trámite de Invalidez: 2 = SI, 2 = NO

Fecha del Accidente del Trabajo o del Trayecto: [ ] DIA, [ ] MES, [ ] AÑO

Trayecto: 1 = SI, 2 = NO

Fecha de la Concepción: [ ] 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):

Dirección: Calle N° 680, Pomaire, Antofagasta. Teléfono: 36886697

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Apellido Paterno: Chambers, Apellido Materno: Gabriela, Nombres: Jorda

Run: 22452385-0

Registro Colegio Profesional: 330

Correo Electrónico: Pjordan

Firma del Trabajador: [Firma], Especialidad: 1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA

Firma del Profesional: [Firma]

**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 Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1 = SI, 2 = NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 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 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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTR E MUNICI PALIDA D DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 12 11 13

RUN 69130700 - K TELEFONO 26377000 DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR DIRECCION 40 N° 720

PARRAL COMUNA PARRAL CIUDAD

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

CODIGO 34 LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. A.F.P. Modelo

CALIDAD DEL TRABAJADOR 1 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.

SEGURO DE DESEMPLEO 2 1 = SI 2 = NO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 12 12 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 01 13 DIA MES AÑO

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 I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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. 1-306/90 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
34	08	13	30	B	1.388.435	D	E
34	09	13	30	B	1.388.435	D	E
34	10	13	30	B	1.388.435	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