



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

DECRETO EXENTO N° : 5.922

PARRAL, 17 Dic 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°**28649149** de la Sra. **DORIS DURAN BUSTAMANTE**, Directivo, Grado 7°E.M.R.
- 5.- El Decreto Exento N°6071, del 14.12.2013., que Delega la firma Del Alcalde en el Administrador Municipal, **Don IVAN DAMINO HERNANDEZ**, Directivo, Grado 6° E.M.R.

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a doña **DORIS DURAN BUSTAMANTE**, Directivo, Grado 7° E.M.R., por (05) Cinco días, de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 09.12.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 14.12.2013.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

  
  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
SECRETARIA MUNICIPAL



  
**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IADH/APRC/ESP/gvb.-  
DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal



GOBIERNO DE CHILE

# 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° 1 - 28649149

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DURAN				BUSTAMANTE				DONIS				43375054				1
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
091213				091213				34				M6F				F
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				EDAD				SEXO				
05				CINCO												
N° DE DIAS				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).

MILLAR				DURAN				GNACIELA				141212				6
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO				
												24139111				
												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  
 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  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 Vius Don Quijote  
OSVALDO 2 N° 494 - PARRAL

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 98228257

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

VILLACIS				ARANA				SONNIA				M. General			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				ESPECIALIDAD			
21826464				8								<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
RUN				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO							
0732421001				ERAS WAZ S/N - RETMO											

*[Firma]*  
 FIRMA DEL TRABAJADOR  
 M. General

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

*[Firma]*  
 Dra. SONNIA VILLACIS ARANA  
 Médico General  
 RUT: 21.826.984-8  
 RCM: 31115-4

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

MUNICIPALIDAD DE PARRAL PERSONAL

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA			
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
21	13	31	08	13	20	03	13
10	13	23	05	13	02	10	13
10	13	03	10	13	12	10	13
07	13	10	10	13	16	10	13
07	13	17	10	13	23	10	13
07	13	24	10	13	30	10	13

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 ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69.130700 - K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 11/12/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DLECI OCHO Nº 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: [ ]

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8 = 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.

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).

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

REGIMEN PREVISIONAL: 2 = D.L. 3501 INP / D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 03 LETRA: [ ] NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CUPNUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR: 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY Nº 18.834. 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY Nº 18.834. 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAFF: [ ] [ ] [ ] [ ]

SEGURO DE DESEMPLEO: -Trabajador Afiliado a AFC: 2 = SI / 2 = NO. -Contrato de duración indefinida: 1 = SI / 2 = NO.

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/07/02 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/12/08

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7: 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 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. 1.363/80 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. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
03	08	13	30	B	A. 623.288.-	D	E
03	10	13	30	B	A. 630.033.-	D	E
03	11	13	30	B	A. 633.537.-	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. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº 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