



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

DECRETO EXENTO N°: 476. /

PARRAL, **24 Ene 2014**

- 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° **28650359** presentada por don (a) **JEANETTE CERDA FLORES.-**
- 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.**
- 6.- El decreto Exento N° 323 de fecha 17.01.2014, que designa Secretario Municipal Subrogante a Don **VICTOR TRONCOSO OLIVARES.**

**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **JEANETTE CERDA FLORES**, Honorarios, Tres (03) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 22.01.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 25.01.2014.

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

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**



**VICTOR TRONCOSO OLIVARES**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

IDH/VTO/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° 1 - 28650359

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: CERDA  
 APELLIDO MATERNO: FLORE  
 NOMBRES: JEANETTE DE LA  
 RUN: 7822005-8  
 FECHA EMISION LICENCIA: 210114  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 220114  
 EDAD: 55  
 SEXO: M  
 N° DE DIAS: 03  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: tres

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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:        
 DIA MES AÑO

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: Pobl. Arroyo Moreno  
dos 4 Sur casa 0232 PARRAL

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) : \_\_\_\_\_

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: BIZAMA  
 APELLIDO MATERNO: CLAUSE  
 NOMBRES: FRANCISCO

RUN: 6892695-9  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 6836  
 CORREO ELECTRONICO: A Pinto 715 el 204

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*  
 ESPECIALIDAD: CIQUIERNA TAXELO FACIAL  2 = DENTISTA,  1 = MEDICO,  3 = MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: \_\_\_\_\_

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES

1 = SI  
 2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 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 PUBLICO:  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE:

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

															FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR				
RUN					TELEFONO					DIA MES AÑO									
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																			
COMUNA										CIUDAD									
										CODIGO COMUNAL USO COMPIN									

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	
<input type="checkbox"/>	<p>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.</p>

OCUPACION	
<input type="checkbox"/>	<p>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).</p>

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

REGIMEN PREVISIONAL		CALIDAD DEL TRABAJADOR		FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF							
<input type="checkbox"/>	<p>1 = D.L. 3501 INP                  2 = D.L. 3500 A.F.P.</p>	<input type="checkbox"/>	<p>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.</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">SEGURO DE DESEMPLEO</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px;">-Trabajador Afiliado a AFC</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</td> </tr> <tr> <td>-Contrato de duracion indefinida</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</td> </tr> </table>		SEGURO DE DESEMPLEO		-Trabajador Afiliado a AFC	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	-Contrato de duracion indefinida	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
SEGURO DE DESEMPLEO											
-Trabajador Afiliado a AFC	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO										
-Contrato de duracion indefinida	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO										
CODIGO		LETRA (CAJA PREV.)		FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL							
				DIA MES AÑO							
NOMBRE INT. PREV.				FECHA CONTRATO DE TRABAJO							
				DIA MES AÑO							
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION											
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7			SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6								
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>								
<p>A = SERVICIO DE SALUD                  B = ISAPRE                  C = C.C.A.F.                  D = EMPLEADOR</p>			<p>E = SERVICIO DE SALUD                  F = MUTUAL                  G = INP                  H = EMPLEADOR</p>								

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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. 1-365399 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		% DESAHUCIO
	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	
	A			B	C	D	E	

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

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
	A			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