



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

DECRETO EXENTO N° : 883-1

PARRAL, 14 Feb 2014

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°42855424 de la Sra. **PAMELA CANCINO CANDIA**, Profesional, Grado 10° E.M.R.
- 5.- El Decreto Exento N°6071, del 14.12.2013., que Delega la firma Del Alcalde en el Administrador Municipal,
- 6.- El Decreto Exento N°307, del 17.01.2014, que Designa como Secretario Municipal (S), al Sr. Adelqui Millar Bravo, Jefatura Grado 9° E.M.R.-
- 7.- El Decreto Exento N°585 del 31.01.2014.-

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a doña **PAMELA CANCINO CANDIA**, Profesional, Grado 10° E.M.R., por (10) Diez días, de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 30.01.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 09.02.2014.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.-

  
**PAULA ZÚNIGA FUENTES**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)**

  
  
**ADELQUI MILLAR BRAVO**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

PZF/AMB/EGP/gvb.-  
DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARAZAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

69130700 - K      2637700      31 01 14  
 RUN      TELEFONO      DIA      MES      AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR DIECIOCHO N° 720

PARAZAL      PARAZAL      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)

**13**

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

**REGIMEN PREVISIONAL**

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

CODIGO **08** LETRA (CAJA PREV.)  
 NOMBRE INT. PREV. **A.F.P. PROVIDA**

**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**

**SEGURO DE DESEMPLEO**

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

FECHA PRIMERA APLIACION ENTIDAD PREVISIONAL **03 02 00**  
 DIA      MES      AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO **01 02 00**  
 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 **IL. MUNICIPALIDAD DE PARAZAL**

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. 1.306/80 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
08	10	13	30		937.586.-		
08	11	13	30		937.586.-		
08	12	13	30		984.466.-		

**% 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

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.



# 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 - 42855424

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: CANEDO APELLIDO MATERNO: RAMOS NOMBRES: ARMELA RUN: 12728110-6

FECHA EMISION LICENCIA: 28/01/14

FECHA INICIO DE REPOSO

30/01/14

38

M ó F  
F  
SEXO

10  
N° DE DIAS

10 5 7  
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 ).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

RUN: \_\_\_\_\_

### A.3. TIPO DE LICENCIA

1

- 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 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 2 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

HORA MINUTOS TRAYECTO 1 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_  
MES AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
- 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

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

Levellers 5/w  
Paraná

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO )

974 25363

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: ALVARADO APELLIDO MATERNO: Chirre NOMBRES: José Ignacio

RUN: 13786193-3

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 32463-9

CORREO ELECTRONICO: alvarado@bloomin.com

TELEFONO: 073-2465579

DIRECCION: 02476605 #335 Paraná

FAX

FIRMA DEL PROFESIONAL

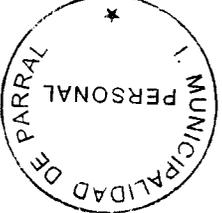
FIRMA DEL TRABAJADOR

Alvaro Chirre  
ESPECIALIDAD: 1

- 1 = MEDICO
- 2 = DENTISTA
- 3 = MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MESES	DIAS	MESES	DIAS	MESES
<u>07</u>	<u>08</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>13</u>
<u>15</u>	<u>09</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>13</u>	<u>13</u>
<u>20</u>	<u>10</u>	<u>14</u>	<u>14</u>	<u>22</u>	<u>01</u>
<u>27</u>	<u>11</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>01</u>	<u>13</u>

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

C.4. 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.