

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

DECRETO EXENTO N° : 885-1

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°43341617, presentada por Doña LORETO HERNANDEZ QUEVEDO, Administrativo, Grado 17° E.M.R.
- 5.- El Decreto Exento N°6071 del 14.12.2012, que Delega la firma Del Alcalde en el Administrador Municipal.-
- 6.- Decreto Exento N°307 del 17.01.2014.-
- 7.- Decreto Exento N°585 del 31.01.2014.-

**DECRETO**

1.- **AUTORIZASE**, a doña **LORETO HERNANDEZ QUEVEDO**, Administrativo, Grado 17° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 03.02.2014, debiendo reasumir a sus Funciones el día 06.02.2014.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

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

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

  
**PAULA ZUÑIGA FUENTES**  
**ADMINISTRADOR 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 PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 26377000 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 04/02/14

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECI OCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL 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).

**16**

**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.)

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) para Trabajador Afiliado a AFC; **1** (1 = SI, 2 = NO) para Contrato de duración indefinida

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/08/04 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/05

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION: **D** (A = SERVICIO DE SALUD, B = ISAPRE, C = C.C.A.F., D = EMPLEADOR)

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7: **D** (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. 1-3062/01 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	11	13	30	B	419.813.-	D	E
08	12	13	30	B	440.803.-	D	E
08	01	14	30	B	450.165.-	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
	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



# 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 - 43341617

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **HERNANDEZ**      APELLIDO MATERNO: **QUEVEDO**      NOMBRES: **LOPEZ**      RUN: **15506675-K**

FECHA EMISION LICENCIA: **030214**

FECHA INICIO DE REPOSO: **030214**

EDAD: **31**

SEXO: **F**

N° DE DIAS: **03**

N° DE DIAS EN PALABRAS: **TRES**

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

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: \_\_\_\_\_  
 TRAYECTO:  1 = SI     2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_

### 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: **Parral**

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **68698775**

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

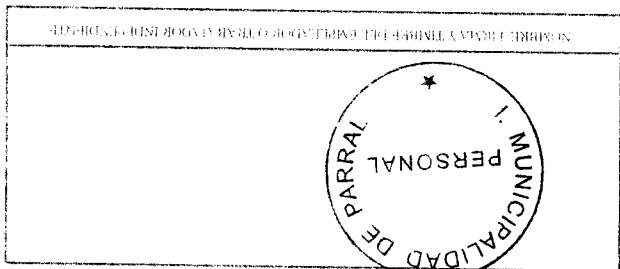
APELLIDO PATERNO: **Loche**    APELLIDO MATERNO: **Pallera**    NOMBRES: **Guillermo**

RUN: **8099603-9**    REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **14236**    CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD:  1 = MEDICO     2 = DENTISTA     3 = MATRONA

FIRMA DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_    FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

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



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
M		13		13	
M		14		14	
M		15		15	

SI     NO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL TRABAJADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Debera presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debera presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debera presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.