



República de Chile  
I. Municipalidad de Zapallar  
Secretaría Municipal

**DECRETO DE ALCALDÍA N° 2.135 / 2015.-**

**ZAPALLAR, 13 de Abril de 2015.-**

**VISTOS:**

**LOS ANTECEDENTES:** Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988 "Orgánica Constitucional de Municipalidades"; Sentencia de Proclamación Rol N° 320/2012 del Tribunal Electoral de la Región de Valparaíso, de fecha 30 de Noviembre del 2012, que nombra Alcalde de la Comuna;

**CONSIDERANDO:**

- Memorandum N° 188/2015, de fecha 13 de Abril de 2015, emitido por el Encargado de Recursos Humanos.

**DECRETO:**

- 1° **CURSESE LICENCIA MÉDICA**, del funcionario de la Municipalidad de Zapallar, que se individualiza, según detalle:

Nombre / Cargo	N° Licencia	N° días	Desde	Hasta
<b>ANDRES ALLENDES ORELLANA</b> Inspector Departamento de Seguridad y Emergencia.	3-003976123-8	07	10.04.2015	16.04.2015

ANÓTESE, COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHÍVESE.,



**G. ANTONIO MOLINA DAINE**  
Secretario Municipal



**NICOLAS COX URREJOLA**  
Alcalde

C: RRHH / Licencia Médica.

**DISTRIBUCION:**

- 1.- RECURSOS HUMANOS.
- 2.- OFICINA DE TRANSPARENCIA.
- 3.- CONTRALORIA REGIONAL DE VALPARAISO.
- 4.- ARCHIVO: SECRETARIA MUNICIPAL.

OTL / SEC / ffd.-



República de Chile  
I. Municipalidad de Zapallar  
Recursos Humanos

**MEMORANDUM N°188/2015**

**ANT.:** Elaboración de Decreto Alcaldicio

**MAT.:** Informa lo que indica

**ZAPALLAR,** 13 de Abril de 2015

**A : ANTONIO MOLINA DAINE**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

**DE : RAMON MUÑOZ AZUA**  
**ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS**

Mediante el presente, solicito a usted decretar la siguiente Licencia Médica:

- Licencia Médica N° 3-003976123-8 del Funcionario **Andrés Allendes Orellana**, Cédula de Identidad N° 16.323.970-1, Inspector Departamento de Seguridad y Emergencia, por 07 días desde el 10 de Abril de 2015 al 16 de Abril de 2015.

Saluda atentamente a usted,



**RAMON MUÑOZ AZUA**  
**ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS**

**Distribución**

- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

RMA/yat





# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 003976123-8

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ALLENDES				ORELLANA				ANDRÉS FELIP				16323970				1
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
10042015				10042015				27		M						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
07		SIETE														
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS														

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA TRABAJADOR

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
FECHA NACIMIENTO																

### A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN  
 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI, 2 = NO  
 INICIO TRAMITE INVALIDEZ: 2 1 = SI, 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA, MES, AÑO

HORA MINUTOS: [ ][ ] [ ][ ]  
 TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: MES, AÑO

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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°;DEPTO;COMUNA GERMAN RIESCO 399 ZAPALLAR, Zapallar

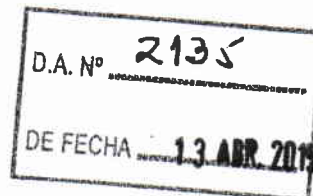
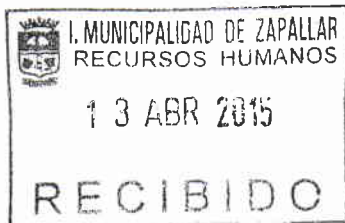
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-54016206

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

RECABAL				VALDEBENIT				ALEJANDRO DA				17188471				3
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
33538-k								MEDICINA GENERAL				1				1 = MÉDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								
32-2811585/				Av. Cachagua N, Zapallar												
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN												

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA PROFESIONAL

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 periodo 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.





# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

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. 18 D.S. N° 3/1984



N° 3 003976123-8

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR  
RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 69050400-6 TELEFONO: 33-2742000 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA): 13042015

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: OERMAN NUTS60 DRR

COMUNA: ZAPALLAR CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN: 000

### 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 Y PROFESIONALES Y OTROS.  
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.  
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

5

### 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).

18  
INSPECTOR

### C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

#### REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO: [ ] [ ] LETRA (CAJA PREV): [ ]

NOMBRE INT. PREV.: AFP

#### CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.  
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.  
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

#### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 = SI  
2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA): 02012015 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA): 02012015

#### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A = SERVICIO DE SALUD  
B = ISAPRE  
C = C.C.A.E.  
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E = SERVICIO DE SALUD  
F = MUTUAL  
G = INP  
H = EMPLEADOR

COMPIN  
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO





# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 003976123-8

## CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS		
								A	
	01	15							
	02	15			887.895				
	03	15			921.053				
					723.758				

**% DESAHUCIO**

	.	
--	---	--

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 66 UF) para trabajador afiliado a AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS		
								A	

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.

### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  
 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
4	07	04	15	10	04	15


  
 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE