

Parral

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

DECRETO EXENTO N°: 1373 /

PARRAL, Mayo 07 del 2010.-

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confiere 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.- La Licencia Médica N° 28629542 presentada por doña MARTA VALDES ACUÑA.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña MARTA VALDES ACUÑA, Técnico, Grado 11° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 05.05.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 08.05.2010.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



*Jaqueline Silva Saldias*  
JAQUELINE SILVA SALDIAS  
JEFE DE PERSONAL



*Alejandra Roman Clavijo*  
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RON: 69130700 K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 06/05/10

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCION EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL: 050 CODIGO COMPIN: 050

**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**

**OCCUPACION**

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).

**14**

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

**REGIMEN PREVISIONAL**

1 = D.L. 3501 INF  
 2 = D.L. 3500 A.F.P.  
**2**

COSEVA: 018 LETRA/CAMA 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.

**2**

**FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP**

**SEGURO DE DESEMPLEO**

Trabajador Afiliado a APC: **2** (1 = SI, 2 = NO)  
 Cuenta de duracion indefinida: **1** (1 = SI, 2 = NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 08/04/94 ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1, 2, 3, 4 Y 7**

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

**D**

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Y 6**

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

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

COMUNIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

AÑO	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DÍAS	B	C	D	E
08	02	10			637.897		
	03	10			637.897		
	04	10			637.897		

**% DESARJICO**

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 30 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$

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

AÑO	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DÍAS	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.



# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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.

FORMULARIO DE CHILE

N° 2 - 28629542

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VALIDES	A. CUMA	MARITA	6	2	3	3	0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN				

FECHA EMISION LICENCIA  
06 | 05 | 10

FECHA INICIO DE REPOSO  
05 | 10 | 12

EDAD  
39

M S P  
F  
SEXO

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 natal.

(Arts. 199 y 200 del C. del Trabajo) y jorja de adopción plena (Ley 18.367).

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

### A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
2 = PROTECCION 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

1 = SI  
2 = NO

1 = SI  
2 = NO

1 = SI  
2 = NO

1 = SI  
2 = NO

1 = SI  
2 = NO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA  
B = TARDE  
C = NOCHE

1 = SU DOMICILIO  
2 = HOSPITAL  
3 = OTRO DOMICILIO

LUGAR DE REPOSO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA  
# 42 + Panel

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

RUIZ	BASCUNAN	VERONICA
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

RUN  
10 80 A 0 5 8

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
2265.4

CARTEO ELECTRONICO

TELEFONO  
462227

DIRECCION  
CALLE PIPO 2A

FIRMA DEL TRABAJADOR  
FIRMA DEL PROFESIONAL

1 = MEDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y IMPRESION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

COMUNICACION AL SECTOR DE LICENCIAS MEDICAS

02	22	25	12	08
HASTA	DESDE	TOTAL DIAS		

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica a la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, para que sea revisada y aprobada o rechazada.

1 = SI  
2 = NO

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (PROPORCIONAR ORIENTACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)