



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

DECRETO EXENTO N° : 2026 /

PARRAL, Junio 29 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° **29990939** presentada por doña **ELIZABETH MUÑOZ SOTO-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **ELIZABETH MUÑOZ SOTO**, Técnico, Grado 12° E.M.R., por (03) Tres días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 23.06.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 26.06.2010.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



*[Handwritten signature]*  
JAQUELINE SILVA SALDIAS  
JEFE DE PERSONAL

*[Handwritten signature]*  
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

Las remuneraciones informadas... La información debe corresponder a los 3 meses anteriores...

Table with columns for INSTITUCION PREVISIONAL, CODIGO INSTITUCION, CODIGO PREVISIONAL, MES, AÑO, etc.

Table with columns for INSTITUCION PREVISIONAL, CODIGO INSTITUCION, CODIGO PREVISIONAL, MES, AÑO, etc.

Form with fields for Remuneración imponible mes anterior, % DESAHUCIO, and other financial data.

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES Y/O SUBSIDIOS

Form for SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7 and SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6.

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

Form for identifying the pension regime and employer entity, including fields for company name, employee name, and dates.

Form for ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR, listing various professional and technical occupations.

Form for IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE, including fields for address, phone, and identification number.

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR

Form for identifying the employer, including fields for company name, address, and contact information.

INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD... (Small text at the bottom of the page)



La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRES, en sus casos, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, aplicando o cambiando de total a parcial y viceversa. Art. 16-D de la Ley 20.960.

# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

N° 2- 20990939

GOBIERNO DE CHILE

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Munoz      APELLIDO MATERNO: Soto      NOMBRES: Elyzahitha      RUN: 9523542-5  
 FECHA EMISION LICENCIA: 24/06/10      FECHA INICIO DE REPOSO: 23/06/10      EDAD: 41      MÓF:  F      SEXO: F  
 N° DE DIAS: 03      EN PALABRAS: TRES

### 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 ).

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 HJO 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  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_  
 MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLIC 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: Unfo 928  
Parul  
 TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ): 86261848

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: Leiva      APELLIDO MATERNO: Ballester      NOMBRES: Enrique      ESPECIALIDAD:  1 = MEDICO       2 = DENTISTA       3 = MATRONA  
 RUN: 8099603-9      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 149136      CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: 462346      CATEGORIA: PROF. WRD      AÑO: 1980      FAX: 462346      EDAD: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  


TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
AÑO	DIAS	AÑO	DIAS	AÑO	DIAS

1 = SI      2 = NO       2

INFORMACION ORIGINAL DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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 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.

ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES