



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

DECRETO EXENTO N°: 2180 /

PARRAL, Julio 12 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° **25997004** presentada por don **ANIBAL ACUÑA MONROY**.-

**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a Don **ANIBAL ACUÑA MONROY**, Profesional, Grado 8° E.M.R., por (02) Dos días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 08.07.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 10.07.2010.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.**



**JAQUELINE SILVA SALDIAS**  
JEFE DE PERSONAL



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

**DISTRIBUCION**

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRACION DEL EMPLEADOR DE PARERAY

RUT: 69130700-4 TELEFONO: 6371000

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Direccion de Pareray

Ciudad: Pareray

CODIGO COMUNAL USO COMPLETO

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR: 8 - SERVICIOS ESTADISTICOS, SOCIALES, PERSONALES E INFORMACIONALES

OCCUPACION: 13 - TECNICO

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

REAJUSTE PREVISIONAL: 2 - D.L. 350 INF. 2 - D.L. 350 A.F.P. CODIGO: 10 - P. Capital

CALIDAD DEL TRABAJADOR: 2 - TRABAJADOR SECTOR PUBLICO Afecto a Ley N. 18.331

SEGURO DE DESEMPEÑO: 1 - SI 2 - NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 21/08/00

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 06/12/04

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6

NO SOBRE ENTIDAD AGADORA DEL SUBSIDIO: M. MUNICIPAL DE PARERAY

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES, JUNTAS Y/O SUBSIDIOS

Table with columns for Periodo, Remuneracion, Subsidio, etc. for the period 05/2010 to 06/2010.

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

Table with columns for Mes, Remuneracion, Subsidio, etc. for previous months.

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.



GOBIERNO DE CHILE

# Licencia Médica

La COVOPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reñir 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° 1 - 25997004

### SECCION A USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: ACUNA APELLIDO MATERNO: ROSA NOMBRES: ANITA RUN: 12545929-3

FECHA EMISION LICENCIA: 120710

FECHA INICIO DE REPOSO: 080510

EDAD: 35

M F SEXO: M

N° DE DIAS: 02

N° DE DIAS EN PALABRAS: DOS

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_ TRAYECTO:  1=SI  2=NO

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

#### 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: Ciudad Pedro de Valdivia  
N° 45 Diques de San Pedro

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 77667777

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Signature]*  
 ESPECIALIDAD: 1  
 1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: MARIN APELLIDO MATERNO: ROSA NOMBRES: ANITA RUN: 15905-0  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: B.rosas@svs.pedval

**NO ABRIR, USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COVOPIN e ISAPRES**

NOBRE, FIRMA Y FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
  


TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
NO	DIAS	DIAS	MESES	DIAS	MESES
01		26	07	20	08

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  2 = NO

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.