

**Parral**  
ciencia - eficiencia - calidad

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

DECRETO EXENTO N° : 2208/

PARRAL, Julio 21 del 2010.-

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°29990276 de la Sra. **JAQUELINE SILVA SALDIAS**, Jefatura Grado 12° E.M.R.-

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a doña **JAQUELINE SILVA SALDIAS**, Jefatura, Grado 12° E.M.R., por Quince (15) días de Licencia Médica, a contar del 19.07.2010, debiendo reasumir a sus funciones el día 03.08.2010.

2.- **DESIGNASE**, como Jefe de Personal Subrogante, por los días señalados, a la Srta. **GLADYS VASQUEZ BARRERA**, Técnico, Grado 14° E.M.R.,

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



*Glady B*  
**GLADYS VASQUEZ BARRERA**  
JEFE DE PERSONAL (S)



*Javier Carvallo Saez*  
**JAVIER CARVALLO SAEZ**  
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.(02)
- Administración.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 2-00710

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIOECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMBIN: [ ]

**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**

1 = EJECUTIVO O DIRECTIVO  
 2 = PROFESOR  
 3 = OTRO PROFESIONAL  
 4 = TECNICO  
 5 = VENDEDOR  
 6 = ADMINISTRATIVO  
 7 = OPERARIO, TRABAJADOR MANO DE OBRA  
 8 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR  
 9 = OTRO (ESPECIFICAR)

11

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

**REGIMEN PREVISIONAL**

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

CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): [ ]  
 NOMBRE INT. PREV.: AFP - 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 CCAF: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**SEGURO DE DESempleO**

Trabajador Afiliado a AFC: 2 (1=SI, 2=NO)  
 Contrato de duracion indefinida: 1 (1=SI, 2=NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/11/96

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/09/09

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

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

D

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6**

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE HAN REGISTRADO ASOCIACIONES EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COMENZAN PARA DE SALUD Y AQUELLOS TEMPORALES SIN VOUCHER DEL D.F.F.

( 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 D.F.L. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	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	04	10		B	605.434	D	F	[ ]
08	05	10		B	605.434	D	F	[ ]
08	06	10		B	605.434	D	F	[ ]

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 D.F.L. 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
				B	C	D	E

La informacion 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° 17984.

GOBIERNO DE CHILE

N° 2 - 29990276

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **SALINAS**      APELLIDO MATERNO: **SAUDIAS**      NOMBRES: **JK QUELINE VI**      RUN: **12995035-5**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **15/07/10**      FECHA INICIO DE REPOSO: **19/07/10**      EDAD: **35**      SEXO:  F  
 N° DE DIAS: **15**      N° DE DIAS DE REPOSO: **00**      N° DE PALABRAS: **00**

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave de 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 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: \_\_\_\_\_  
 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

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): **Quedado en casa**

DIRECCION: CALLE: \_\_\_\_\_ DEPTO.: \_\_\_\_\_ COMUNA: **Hipoleo de la Cruz**  
**Barrio Paraiso**

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **87332346**

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **Alvarez**      APELLIDO MATERNO: **Alvarez**      NOMBRES: **Wendy**      ESPECIALIDAD:  1 = MEDICO       2 = DENTISTA       3 = MATRONA

RUN: **12565065-2**      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **255014**      CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador: **Wendy Alvarez**

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

Firma del Profesional: **Wendy Alvarez**  
 Sello: **MUNICIPALIDAD DE VARRAL - JEFE DE PERSONAL**

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	ANOS	DIAS	MES	DIAS	MES
15	0	19	07	03	10

1 = SI      2 = NO       2

C.4. LICENCIAS / INTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION ORIGINAL PARA EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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.  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.