



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

DECRETO EXENTO N° : 2362 /

PARRAL, Agosto 25 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°31248090 del Sr. **EDUARDO FERRADA VENEGAS**, Directivo, Grado 8° E.M.R.-

**DECRETO**

1.- **AUTORIZASE**, a don **EDUARDO FERRADA VENEGAS**, Directivo, Grado 8° E.M.R., por Quince (15) días de Licencia Médica, a contar del 20.08.2010, debiendo reasumir a sus funciones el día 04.09.2010.

2.- **DESIGNASE**, como Director de Control , por los días señalados, a la Srta. **MARIOLE PARADA ALVAREZ**, Técnico, Grado 14° E.M.R.,

**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.(02)
- Administración.



SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PAZRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

RUT: 68130700 K TELEFONO: 637700 DIA: 24 MES: 08 AÑO: 10

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

PAZRAL PAZRAL

CODIGO COMUNAL USO COMPLETO

**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 = AYUDADOR  
 16 = ADMINISTRATIVO  
 17 = OPEARIO, TRABAJADOR MANUAL  
 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR  
 19 = OTRO ESPECIFICO

**11**

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAL

**REGIMEN PREVISIONAL**

1 = D.L. 3601 INP  
 2 = D.L. 3800 AFP

**2**

CODIGO: 05 A.F.P. HABITAT

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.831  
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.831  
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO  
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE

**2**

**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: 010965

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 111193

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**

F = SERVICIO DE SALUD  
 G = MUTUAL  
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I - MUNICIPALIDAD DE PAZRAL

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

Los TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBE REGISTRAR ANUALMENTE EN LAS COMISARIAS DEL SERVICIO DE PREVISION SOCIAL LAS REMUNERACIONES Y/O SUBSIDIOS QUE LE CORRESPONDAN EN EL PERIODO DE LA LICENCIA MEDICA. Los TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE TRABAJAN EN EL SECTOR AFECTO Y AGO LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTE DEBE REGISTRAR EN LAS COMISARIAS DEL SERVICIO DE PREVISION SOCIAL LAS REMUNERACIONES Y/O SUBSIDIOS QUE LE CORRESPONDAN EN EL PERIODO DE LA LICENCIA MEDICA.

(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 (ARTICULO 14, LEY 19.750)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	ANO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (100% 60 U.T.)	MONTO	N° DE DIAS
05	05	2010		B	1.208.583.-	D	
05	06	2010		B	604.293.-		
05	07	2010		B	604.293.-		

**DESAHUCIO**

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (100% U.T.) para trabajador afiliado a AFC.

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS 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 (ARTICULO 14, LEY 19.750)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	ANO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (100% 60 U.T.)	MONTO	N° DE DIAS
				B			

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N° 3/1984.

GOBIERNO DE CHILE

## N° 2 - 31248090

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

FERRADA			VENEZAS			EDUARDO.			5081151				4
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN				

200810			200810			64		M	
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			EDAD		SEXO	

15		QUINCE DIAS									
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS									

#### 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										FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO MATERNO										RUN	

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI, <input type="checkbox"/> 2 = NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI, <input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (DIA, MES, AÑO)	
TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1 = SI, <input type="checkbox"/> 2 = NO HORA: <input type="text"/> MINUTOS: <input type="text"/>	
FECHA DE LA CONCEPCION: <input type="text"/> / <input type="text"/> (MES, AÑO)	

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		SOLO PARA: <input type="checkbox"/> REPOSO PARCIAL: <input type="checkbox"/>		A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO, <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL, <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO		JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): <b>CONTROLES.</b>		
DIRECCION: CALLE N°. DEPTO.: COMUNA <b>LINARES CALLE JANUARIO ESPINOZA N° 184, LINARES.</b>				
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): <b>98858204.-</b>				

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

SCHLOTTERBECK			VALENZUELA			RICARDO.		
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES		

10255533		3
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

3662000.-	AV. SALVADOR 130.-
TELEFONO	DIRECCION

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Signature]*

ESPECIALIDAD: **T.M.T.**

1 = MEDICO,  2 = DENTISTA,  3 = MATRONA

Dr. R. SCHLOTTERBECK  
Traumatología  
Artroscopia  
Rul: 0.255.533.3  
CIRUJIA ORTOPEDICA

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

NOMBRE, FIRMA Y FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Signature]*

**SECRETARÍA MUNICIPALIDAD DE PABLA**  
JEFE DE PERSONAL

02	19	05	10	01	05	02	05	10
TOTAL DIAS			DIA			MES		

Art. 13.- El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

OK =  1 = SI,  2 = NO

Las licencias anteriores en los últimos 6 meses

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.  
 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.