



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

DECRETO EXENTO N° : 1098,

PARRAL, Abril 29 del 2011.-

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°21644686 del Sr. **ADELQUI MILLAR BRAVO.-**

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a don **ADELQUI MILLAR BRAVO.**, Jefatura, Grado 9° E.M.R., por Un (01) día de Licencia Médica, a contar del 27.04.2011, debiendo reasumir a sus funciones el día 28.04.2011.

2.- **DESIGNASE**, como Jefe de Tránsito Subrogante, por el día Señalado a la Sra. **MYRIAM ALVEAR ZUÑIGA.**, Administrativo, Grado 14° E.M.R.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.**



*[Handwritten Signature]*  
**JAQUELINE SILVA SALDIAS**  
JEFA 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 PARRAL

RUN: 69130200 - K TELEFONO: 632700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 29/04/11

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

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

**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**

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).

M

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.F.P.

2

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

**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 duración indefinida: 1 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/02/16

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/02/11

**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

IL. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.  
 LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-9639V ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

( 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 DFL. 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 |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
| 08                             | 01  | 11  | 30         |   | 911.304   |                                  |            |
| 08                             | 02  | 11  | 30         |   | 916.313   |                                  |            |
| 08                             | 03  | 11  | 30         |   | 916.313   |                                  |            |

**% DESAHUCIO**

[ ] [ ] , [ ] [ ]

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

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 DFL. 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 |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |   |   |                                  |            |

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.



GOBIERNO DE CHILE

# Licencia Médica

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.

MINISTERIO DE SALUD

## N° 1 - 21644686

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **MILLAR**      APELLIDO MATERNO: **BRAVO**      NOMBRES: **ANEQUI**      RUN: **6954046**

FECHA EMISION LICENCIA: **270411**      FECHA INICIO DE REPOSO: **270411**      EDAD: **56**      SEXO: **M**

N° DE DIAS: **01**      N° DE DIAS EN PALABRAS: **UNO**

#### 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: \_\_\_\_\_

#### 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

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): \_\_\_\_\_

DIRECCION: CALLE, N°; DEPTO; COMUNA: **Parcela Los Datague**

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): \_\_\_\_\_

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **MUNOZ**      APELLIDO MATERNO: **ALACION**      NOMBRES: **CANOCIMA**

RUN: **15153087**      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_      CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: **general**       1 = MEDICO     2 = DENTISTA     3 = MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

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

1 = SI     2 = NO

| TOTAL DIAS |     | DESDE |     | HASTA |     |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| DIAS       | MES | DIAS  | MES | DIAS  | MES |
| 01         | 04  | 27    | 04  | 27    | 04  |

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

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.

BAJADOR 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. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.