



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

DECRETO EXENTO N°: 2557 /

PARRAL, Junio 10 del 2011.-

**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°**32514345**, presentada por doña **GLADYS PARADA KOVACIC.-**

**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **GLADYS PARADA KOVACIC.-** Administrativo Grado 16° E.M.R., por Siete (07) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 07.06.2011., debiendo reasumir a sus funciones el día 14.06.2011.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.**



*[Handwritten signature]*  
**GLADYS VASQUEZ BARRERA**  
JEFA DE PERSONAL (S)

*[Handwritten signature]*  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
SECRETARIA MUNICIPAL

**DISTRIBUCION**

- Archivo.
- Personal.
- 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: 080611

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 730

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

OCCUPACION

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).

16

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

LETRA (C/AJA PREV.): 08

NOBRE INT. PREV.: A.F.P. - PROVIDA

CATEGORIA 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 CCAAF

SEGURO DE DESEMPEÑO

1 = SI  
 2 = NO

Trabajador Afiliado a A.T.C. 2

Contrato de duracion indefinida 1

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 080591

DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010105

DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER A REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1 2 3 4 6 7

A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = CCAAF  
 D = EMPLEADOR

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

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

[ ]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

ESTE INFORME DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE, DE ACUERDO A LA INFORMACION QUE SE LE PROPORCIONA EN EL MOMENTO DE LA EMISION DEL SUBSIDIO. EN CASO DE HABER SIDO AFILIADO A UN REGIMEN PREVISIONAL DIFERENTE AL QUE SE INDICA EN EL SUBSIDIO, DEBE COMPLETAR ESTE INFORME EN LA ENTIDAD QUE CORRESPONDE A LA AFILIACION.

PERIODO DE LOS MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD

CODIGO INSITUACION PREVISIONAL	MENSUALIDAD CORRESPONDIENTE A LAS REMUNERACIONES			IMPORTE DE LAS RENTAS PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PUBLICOS	TOTAL RENTAS RENTAS Y/O SUBSIDIOS PARA PENSIONES Y SALUD (C/OP/60/1)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DIAS			MONTO	N° DIAS
08	03	11	30		371.065.-		
08	04	11	30		371.065.-		
08	05	11	30		410.588.-		

SE DESMOLDO

[ ]

Se informa que el trabajador no cumple con los requisitos para ser afiliado a un seguro de desempleo.

EN CASO DE HABER SIDO AFILIADO A UN REGIMEN PREVISIONAL DIFERENTE AL QUE SE INDICA EN EL SUBSIDIO, DEBE COMPLETAR ESTE INFORME EN LA ENTIDAD QUE CORRESPONDE A LA AFILIACION.

CODIGO INSITUACION PREVISIONAL	MENSUALIDAD CORRESPONDIENTE A LAS REMUNERACIONES			IMPORTE DE LAS RENTAS PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PUBLICOS	TOTAL RENTAS RENTAS Y/O SUBSIDIOS PARA PENSIONES Y SALUD (C/OP/60/1)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DIAS			MONTO	N° DIAS

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo a 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.

CONTINUA

CONTINUA



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° 2 - 32514345

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**APELLIDO PATERNO** PARADA **APELLIDO MATERNO** KOVACIC **NOMBRES** GLADYS **RUN** 12379836-8

**FECHA EMISION LICENCIA**  
 060611

**FECHA INICIO DE REPOSO**  
 070611 **EDAD** 38

**M F**  
**SEXO** F

**N° DE DIAS** 07 **N° DE DIAS EN PALABRAS** SIETE

#### 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  
 HORA MINUTOS

**FECHA DE LA CONCEPCION**  
 MES AÑO  
 1110

#### 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**  
 Villa Portal  
 Alameda P° 3 N° 127 Parrael  
 9849840 S.

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

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**APELLIDO PATERNO** NUNEZ **APELLIDO MATERNO** URSIC **NOMBRES** TATIANA **EPECIALIDAD** 1 = MEDICO  
**RUN** 8498665-8 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** 25309-4 **CORREO ELECTRONICO** 465444 P Nerredo 865 Parrael.

**NO ABRIR, USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

**NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES
01	11	28	01	11	28
07	11	15	03	11	21
15	11	31	03	11	14
15	11	10	05	11	24
15	11	10	05	11	24

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 recepcionado el documento.

1 = SI  2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 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.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO:  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: