



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

DECRETO EXENTO N°: 2804 /

PARRAL, Junio 22 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°**21644642**, presentada por doña **CAROLINA ROMERO ALBORNOZ.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **CAROLINA ROMERO ALBORNOZ.-** Administrativo Grado 16° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 22.06.2011., debiendo reasumir a sus funciones el día 25.06.2011.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.

  
  
JAQUELINE SILVA SALDÍAS  
JEFA DE PERSONAL

  
  
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: 220611

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).

**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.

CODIGO: **08** LETRA (CAJA PREV.): [ ]  
 NOMBRE INT. PREV.: **A.F.P. 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: 010893 (DIA MES AÑO) FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010196 (DIA MES AÑO)

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

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

**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

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 ELEGIRAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.L. 1.906/80 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 DEL 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	03	11	30		371.065,-		
08	04	11	30		371.065,-		
08	05	11	30		410.388,-		

**% 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 DEL 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.

CONTINUA

CONTINUA



# Licencia Médica

La COMPIEL - Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o suplantar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa, Art. 16 D.S. N° 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE CHILE

## N° 1 - 21644642

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Romerio				Albarran				Carolina				12545429				1
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				

21/06/11				22/06/11				37		F	
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				EDAD		SEXO	
03				Días Días							
N° DE DIAS				N° DE DIAS EN PALABRAS							

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO												APELLIDO MATERNO												NOMBRES												FECHA DE NACIMIENTO												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 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"/>		
HORA	MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCION		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	
JUSTIFICAR SUS OTROS CASOS			
DIRECCION (CALLE, N° DEPTO, COMUNA) <i>Villa Pileas 2</i>			
TEL EFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <i>97552556</i>			

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Loren				Perez				Hernandez				1			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				Especialidad			
22987837															

## NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPI e ISAPRES

*[Signature]*

JEFE DE PERSONAL DE BARRAS

HASTA		DESDE			TOTAL DIAS
ANO	MES	ANO	MES	DIA	
11	06	11	06	04	04
11	03	11	03	03	04
11	04	11	04	04	04
11	06	11	06	04	04
11	03	11	03	03	04
11	06	11	06	04	04
11	06	11	06	04	04
11	06	11	06	04	04
11	06	11	06	04	04

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 de documento.

1 = SI  2 = NO

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