

Parral

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

DECRETO EXENTO N° : 4330 /

PARRAL, Septiembre 16 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°**34374514**, del Sr. **VICTOR TRONCOSO OLIVARES**.-

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a don **VICTOR TRONCOSO OLIVARES**, Profesional, Grado 8° E.M.R., por Cinco (05) días de Licencia Médica, a contar del 12.08.2011, debiendo reasumir a sus funciones el día 12.08.2011.

2.- **DESIGNASE**, como Secplan Subrogante, por los días señalados, a la Srta. **JIMENA VASQUEZ BARRERA**, Profesional, Grado 10° E.M.R.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



JAQUELINE SILVA SALDIAS  
JEFA DE PERSONAL



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.(03)
- Administración.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

RUN: 68130700 - X TELEFONO: 637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 14 08 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).

**13**

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: **2**

LETRA (CAJA PREV.): [ ]

NOMBRE ANT. PREV.: **A.F.P. Habitat**

**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**

**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 08 96**

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: **01 04 97**

**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

[ ]

**I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

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

( 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 |
|                                | A   |     |            | B  | C   | D                                | E          |
| 05                             | 06  | 11  | 30         |  | 1.259.343.-   |                                  |            |
| 05                             | 07  | 11  | 30         |  | 1.276.007.-   |                                  |            |
| 05                             | 08  | 11  | 30         |  | 1.259.343.-   |                                  |            |

**% 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 |
|                                | A   |     |            | B  | C   | D                                | E          |
|                                |   |     |            |  |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |  |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |  |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |  |   |                                  |            |
|                                |   |     |            |  |   |                                  |            |

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



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- 34374514

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |  |  |  |                  |  |  |  |          |  |  |  |          |  |  |  |
|------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|----------|--|--|--|----------|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  | NOMBRES  |  |  |  | RUN      |  |  |  |
| Treviño          |  |  |  | Quirós           |  |  |  | Victoria |  |  |  | 11566932 |  |  |  |

FECHA EMISION LICENCIA

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 0 | 9 | 1 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|

FECHA INICIO DE REPOSO

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 2 | 9 | 1 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|

EDAD

|   |   |
|---|---|
| 4 | 1 |
|---|---|

M ó F

|   |
|---|
| M |
|---|

N° DE DIAS

|   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | 1 | 5 |
|---|---|---|

N° DE DIAS EN PALABRAS

|       |
|-------|
| Cinco |
|-------|

#### 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 |  |  |  | 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 )

DIRECCION : CALLE, N°; DEPTO; COMUNA Willyam 47, V. P. Brown, Puerto Montt

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 98749242

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |  |  |  |                              |  |  |  |                    |  |  |  |   |  |  |  |
|------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO             |  |  |  | NOMBRES            |  |  |  | ESPECIALIDAD                              |  |  |  |
| Araujo           |  |  |  | Carmelo                      |  |  |  | José Ferrer        |  |  |  | Médico - Cirujano                         |  |  |  |
| RUN              |  |  |  | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL |  |  |  | CORREO ELECTRONICO |  |  |  | Especialidad                              |  |  |  |
| 465579           |  |  |  | @VITAGWS #333                |  |  |  |                    |  |  |  | 1 = MEDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |  |  |  |
| TELEFONO         |  |  |  | DIRECCION                    |  |  |  | PAV                |  |  |  | Firma del Trabajador                      |  |  |  |
|                  |  |  |  |                              |  |  |  |                    |  |  |  | <i>[Firma]</i>                            |  |  |  |

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

NOMBRE, FIRMA Y TRAMITE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

JEFE DE PERSONAL MUNICIPALIDAD DE PARRAL

| TOTAL DIAS | DESDE       | HASTA       |
|------------|-------------|-------------|
|            | DIA MES AÑO | DIA MES AÑO |
|            |             |             |
|            |             |             |
|            |             |             |
|            |             |             |
|            |             |             |
|            |             |             |
|            |             |             |
|            |             |             |

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.

1 = SI  2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL 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.  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período 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.