



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

DECRETO EXENTO N°: S.349+

PARRAL, 20 Nov 2013

- 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° 43211560 presentada por don (a) **LEONARDO VILLEGAS NUÑEZ.**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN ALONSO DAMINO HERNANDEZ.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **LEONARDO VILLEGAS NUÑEZ**, Contrata, TRES (03) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 18.11.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 21.11.2013.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



*Alejandra Roman Clavijo*  
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/nba.  
DISTRIBUCION: Archivo Personal.-



*Ivan Damino Hernandez*  
IVAN DAMINO HERNANDEZ  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

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

N° 2- 43211560

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Grid for worker identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN

Grid for license emission date: FECHA EMISION LICENCIA

Grid for start of leave: FECHA INICIO DE REPOSO, DIA, MES, AÑO, EDAD

Grid for sex: M 6 F, SEXO

Grid for number of days: N° DE DIAS

Grid for number of days in words: N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

Grid for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form for license type with options 1-7 and checkboxes for laborability, start of process, date of accident, and pregnancy.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form for leave characteristics with options for total/partial leave, location, and other details.

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Form for professional identification including name, specialty, registration, and contact info.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

Form for employer name and signature: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Table for leave duration: TOTAL DIAS, DESDE, HASTA

Form for employer information: Art. 13 - El empleador debera presentar la licencia médica...

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

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : 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.

**SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

**C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARARA

RUN: 69130700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 19/11/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N° 720

COMUNA: PARARA CIUDAD: PARARA

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: **2** (1 = D.L. 3501 INP, 2 = D.L. 3500 A.F.P.) CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR: **1** (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)

SEGURO DE DESEMPLEO: **2** (1 = SI, 2 = NO) -Trabajador Afiliado a AFC: **2** (1 = SI, 2 = NO) -Contrato de duración indefinida: **2** (1 = SI, 2 = NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 15/12/04 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/07/11

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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 PARARA

**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. 1.363/90 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
	A			B	C	D	E
08	09	13	30		419.813		
08	10	13	30		419.813		
08	11	13	30		419.813		

**% 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 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 (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
	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

CONTINUA