



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

DECRETO EXENTO N° : 607 /

PARRAL, **31 Ene 2014**

**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°**30770558** del Sr. **EDUARDO MENA RETAMAL**, Auxiliar, Grado 18° E.M.R.
- 5.- El Decreto Exento N°6071, del 14.12.2013., que Delega la firma Del Alcalde en el Administrador Municipal, **Don IVAN DAMINO HERNANDEZ**, Directivo, Grado 6° E.M.R.
- 6.- El Decreto Exento N°307, del 17.01.2014, que Designa como Secretario Municipal (S), al Sr. Adelqui Millar Bravo, Jefatura Grado 9° E.M.R.-

**DECRETO**

1.- **AUTORIZASE**, a don **EDUARDO MENA RETAMAL**, Auxiliar, Grado 18° E.M.R., por (10) Diez días, de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 28.01.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 07.02.2014.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.**



**ADELQUI MILLAR BRAVO**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

**IVAN DAMINO HERNANDEZ**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**

IADH/AMB/EGP/gvb.-  
**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo.
- Personal

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FLUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 09130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 28/01/14

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DUECCIOCHO N° 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).

17

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.E.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.

1

**FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF**

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**SEGURO DE DESEMPLEO**

-Trabajador Afiliado a AFC  1 = SI 2 = NO  
 -Contrato de duracion indefinida  1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/04/87 DIA MES AÑO  
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 14/02/05 DIA MES AÑO

**ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION**

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

D = EMPLEADOR  
 A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = C.C.A.E.

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 o 6**

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: 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 SUS REMUNERACIONES EN LAS OPORTUNIDADES Y EL CASO CORRESPONDIENTE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COLABORAN PARA LOS SERVICIOS DE SALUD DEBEN REGISTRAR EN LA CATEGORIA DE SERVIDORES DE SALUD EN LA CATEGORIA DE SERVIDORES DE SALUD.

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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESARHUO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (FOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
08	10	13	30	B	406.291,-		
08	11	13	30	B	406.281,-		
08	12	13	30	B	426.606,-		

**% DESARHUO**

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Remuneraciones imponibles por antigüedad y licencia médica (Art. 10 del N° 44, Ley N° 16.000) que precede al inicio de la licencia médica.

\$

EN CASO DE LICENCIAS SALERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESARHUO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (FOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E

La informacion 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



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 - 30770558

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**APPELLIDO PATERNO** MENA **APPELLIDO MATERNO** ZETAMAL **NOMBRES** EDUARDO ANTON **RUN** 10704932-5

**FECHA EMISION LICENCIA**  
 28 01 14

**FECHA INICIO DE REPOSO**

28 01 14

47

M F  
 M  
**SEXO**

10  
**N° DE DIAS**

NIEZ  
**N° DE DIAS EN PALABRAS**

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 209 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

**FECHA DE NACIMIENTO**

**APPELLIDO PATERNO** **APPELLIDO MATERNO** **NOMBRES**

**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

1

**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):** Puede deambular

**DIRECCION : CALLE: N°: DEPTO: COMUNA:** Villa primer de Mayo Pasaje 8 casa 4 Park

**TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)**

x *[Firma]*  
**FIRMA DEL TRABAJADOR**

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**APPELLIDO PATERNO** VENEGAS **APPELLIDO MATERNO** OJEDA **NOMBRES** LUIS

**RUN** 106311119-6 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** 25731-1

**ESPECIALIDAD**

1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

*[Firma]*  
**CORREO ELECTRONICO**

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
*[Firma]*  
 MUNICIPALIDAD DE PARRAL

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

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

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

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 PÚBLICO:  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
 TRABAJADOR DEFICIENTE: