



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO

Departamento de Personal

PARRAL, 19 Feb 2015

DECRETO EXENTO N°: 1.700 /

**VISTOS:**

1. Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
2. El Decreto Exento N° 812, del 23.01.2015, que aprueba contrato de faena específica de la persona más abajo individualizada.
3. Licencia Médica N° 34647405, presentado por don (a) **PATRICIO GUERRERO GAJARDO.-**
4. El Decreto Exento N° 5583, de fecha 24.09.2015, que designa como Alcalde Subrogante a Don Iván Damino Hernández.

**DECRETO:**

1. **AUTORIZASE**, a don (a) **PATRICIO GUERRERO GAJARDO**, Trabajador P.G.E, por Once días (11) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 09.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 20.02.2015.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE.**



*Alejandra Roman Clavijo*  
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL



*Ivan Damino Hernandez*  
IVAN DAMINO HERNANDEZ  
ALCALDE DE PARRAL (S)

IDH/ARC/EGP/yaf.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR  
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

RUN: 69.130700K TELEFONO: 263A700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 11/02/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL

CODIGO COMUNAL USO COMPIN: [ ]

<b>ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR</b> 0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA 1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS 2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS 3= CONSTRUCCION 8 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 10= CONTRATO PLAZO FIJO	<b>OCCUPACION</b> 11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO A 15= VENDEDOR 16= ADMINISTRATIVO 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19= OTRO (ESPECIFICAR)
--	---

C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

<b>REGIMEN PREVISIONAL</b> 2 1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA	<b>CALIDAD DEL TRABAJADOR</b> 2 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	<b>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL</b> 19 01 00 DIA MES AÑO	<b>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</b> 13 10 14 DIA MES AÑO	<b>SEGURO DE DESEMPLEO</b> - Trabajador Afiliado a AFC: 1 1= SI 2= NO - Contrato de duración indefinida: 2 1= SI 2= NO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</b> A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR A	<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</b> E= COMPIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR
--	---

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **SERVICIO DE SALUD**

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES 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. 1-3063/80 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 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
08	11	14	30	B	350.000	D	E
08	12	14	30		350.000		
08	01	15	30		350.000		

% DESAHUCIO: [ ] , [ ]

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$ [ ]

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



# Licencia Médica

Nº 1- 34647405

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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 A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

G U E R R E R O   G A Z A R D O   P A T R I C I O  
 APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES

1 1 0 2 1 5                      F E C H A   I N I C I O                      0 9 0 2 1 5  
 FECHA EMISION LICENCIA                      DE REPOSO                      DIA                      MES                      AÑO

2 8 1 1 5 8                      F E C H A   D E   N A C I M I E N T O                      5 6                      E D A D                      8                      M 6 F                      M                      S E X O

1 1                      O M C E  
 Nº DE DIAS                      Nº DE DIAS EN PALABRAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño 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 NIÑO 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

HORA                      MINUTOS                      TRAYECTO                      1 = SI                      2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION                      MES                      AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1                      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 DE REPOSO                      P O E 1

CALLE                      3 3 1                      Nº                      D P T O

VILLA O POBLACION                      I N E S   A R A G A Y

COMUNA                      P A R I Z A L

TELEFONO                      0 9 9 0 8 4 4 0 0 3                      CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

*M*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

R A M I R E Z   U R R U T I A   C A R O L I N A                      M E D . G R A L                      1  
 APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES                      ESPECIALIDAD

1 3 0 6 7 8 1 0 - 6                      2 6 2 6 6 8                      C A R O M A R I A N A @ Y A H O O . C O M  
 RUN                      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL                      CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

1 O R I E N T E                      S H                      F I R M A   D E L   P R O F E S I O N A L

CALLE                      Nº

P A R I Z A L                      7 3 2 4 6 1 8 0 2  
 COMUNA                      T E L E F O N O

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

NOMBRES, FIRMA Y NOMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

JEFE DE PERSONAL \* I. MUNICIPALIDAD \*

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

trabajados.

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