



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

DECRETO EXENTO N°: 0071 /

PARRAL, Abril 16 del 2009.-

**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.- La Licencia Médica N° **22731269**, presentada por Don **IVAN CACERES NAVARRETE.-**

**DECRETO**

1.- **AUTORIZASE**, a don **IVAN CACERES NAVARRETE**, Técnico, Grado 15° E.M.R., por Siete (07) días de Licencia Médica, a contar del 16.04.2009, debiendo reasumir a sus funciones el día 23.04.2009.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.**



  
**MIGUEL GONZALEZ ARCOS**  
**JEFE DE PERSONAL (S)**

  
  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

**DISTRIBUCION:** Archivo, Personal, Administración.

REN

TELÉFONO

DÍA MES AÑO

DIRECCIÓN DOMICILIO DE  
FUNCIONES EL TRABAJADOR

DUECLOCHHO 720

PARAL

COMUNA

PARAL

CIUDAD

CODIGO COMUNAL  
LISO CUMPIN

## ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 9 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.  
1 = MINAS, PETRÓLEOS 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 FINANCIEROS, PROFESIONALES Y OTROS.  
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.  
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

8

## OCCUPACION

- 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.  
12 = PROFESOR.  
13 = OTRO PROFESIONAL.  
14 = TÉCNICO.  
15 = VENDEDOR.  
16 = ADMINISTRATIVO.  
17 = OBRERO, TRABAJADOR MANUAL.  
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.  
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

14

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAT

## REGIMEN PREVISIONAL

- 2 1 = D.L. 3501 IND.  
2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO

018

LETRA CALA PREVI

NOMBRE

A.F.P. PROVIDA

## CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 2 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 16304.  
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 16304.  
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

## SEGURO DE DESEMPEÑO

- Trabajador Afiliado a A.F.C.  1 = SI  2 = NO  
Continúa de duración noafiliado  1 = SI  2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

01 02 92

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

01 06 01

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REALIZACION

## SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1, 2, 3, 4 ó 7

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

## SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

- E = SERVICIO DE SALUD  
F = MUTUAL  
G = I.N.P.  
H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

I. MUNICIPALIDAD DE PARAL

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

INFORME DE REMUNERACIONES Y/O SUBSIDIOS PARA TRABAJADORES QUE SE ENCUENTRAN EN PERIODO DE LICENCIA POR CCAT. EL PERIODO DE LICENCIA DEBE SER SUPERIOR A UN MES (ART. 16 DEL D.F.L. N° 44, 1978).

INFORMACION DE DECESOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD:

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			RESPONSABLE REMUNERACIONES PARA TRABAJADORES COMO MENESTRAL Y PERIODO	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOP 60 C.2)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
	MES	AÑO	N° DE DÍAS			AMONTO	N° DE DÍAS	
						D	E	
08	01	09		B	355.011			Remuneración imposible de ser verificada. Salvo declarar mediante certificado que para cualquier otro afiliado a A.F.C.  5
08	02	09						
08	03	09						

EN EL AÑO DE LICENCIA LAS MATERNALES TIPO 1 SE DEBE LLENAR, ADEMÁS EL RESULTADO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			RESPONSABLE REMUNERACIONES PARA TRABAJADORES COMO MENESTRAL Y PERIODO	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOP 60 C.2)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DÍAS			AMONTO	N° DE DÍAS
						D	E

La información debe  
corresponder a los 3 meses  
anteriores al depósito o depósito  
que se pretende al efecto de la  
licencia médica, según el tipo de  
trabajador dependiente o  
independiente, respectivamente.

Las remuneraciones familiares  
deben corresponder a los días  
efectivamente trabajados.