



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

DECRETO EXENTO N° : 1746 1

PARRAL, Junio 19 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.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- La Licencia Médica N° 26727571, presentada por doña **MARIOLE PARADA ÁLVAREZ**.-

**DECRETO:**

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **MARIOLE PARADA ÁLVAREZ**, Técnico Grado 14° E.M.R., por Cuatro (04) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 16.06.2009, debiendo reasumir a sus funciones el día 20.06.2009.-

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**EVA ORTEGA URRUTIA**  
**SECRETARÍA MUNICIPAL (S)**



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

**DISTRIBUCION:**

- Archivo.
- Personal.
- Administración.-

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 18/06/09

69130700 - K TELEFONO: 637700 DIA MES AÑO: 18/06/09

TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8 = 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 ESPECIALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.

9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

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).

14

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

REGIMEN PREVISIONAL

2 = FONDO PREVIDENTE

08 LETRA (C) AJA PREVID

R.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.

3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.

4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

1 = SI

2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/06/01

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/06/01

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-8

E = SERVICIO DE SALUD

F = MUTUAL

G = INF

H = EMPLEADOR

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

| MES | 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 |            | % DESAHUCIO |
|-----|---|-----|------------|---|---|----------------------------------|------------|-------------|
|     | MON   | AÑO | N° DE DIAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS  | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (DOPE 80 U.F.) | MONTO                            | N° DE DIAS |             |
|     | A   |     |            | B   | C   | D                                | E          |             |
| 08  | 03  | 09  |            |   | 400.033   |                                  |            |             |
| 08  | 04  | 09  |            |   | 400.033   |                                  |            |             |
| 08  | 05  | 09  |            |   | 400.033   |                                  |            |             |

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia médica (tipo 99 C.F.) para trabajador afiliado a AFP.

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

| MES | 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 |            |  |
|-----|---|-----|------------|---|---|----------------------------------|------------|--|
|     | MON   | AÑO | N° DE DIAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS  | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (DOPE 80 U.F.) | MONTO                            | N° DE DIAS |  |
|     | A   |     |            | B   | C   | D                                | E          |  |
|     |   |     |            |   |   |                                  |            |  |

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo o 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