



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

DECRETO EXENTO N° : 625 /

PARRAL, Marzo 03 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° **22538929**, presentada por Don **ADELQUI MILLAR BRAVO**.-

**DECRETO**

1.- **AUTORIZASE**, a don **ADELQUI MILLAR BRAVO**, Jefatura, Grado 9° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, a contar del 02.03.2009, debiendo reasumir a sus funciones el día 05.03.2009.

2.- **DESIGNASE**, como Jefe de Tránsito Subrogante, por los días señalados, a la Sra. **MYRIAM ALVEAR ZUÑIGA**, Administrativo, Grado 14° E.M.R.

**ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.**

**POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.**



*Alejandra Roman Clavijo*  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**



*Miguel Gonzalez Arcos*  
**MIGUEL GONZALEZ ARCOS**  
**JEFE DE PERSONAL (S)**

**DISTRIBUCION:**

- Archivo.
- Personal (02).
- Administracion.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

RUN 69130700 K TELEFONO 637700

03 03 08

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR DIECIOCHO 720

PARRAL COMUNA

PARRAL CIUDAD

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 ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.  
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

**OCCUPACION**

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).

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAE

**REGIMEN PREVISIONAL**

2 = 1 = D.L. 3501 INP  
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO 08 LETRA (CAJA PREV.)  
 NOMBRE INT. PREV. A.F.P. PROVIDA

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

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.

**SEGURO DE DESEMPLEO**

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 02 76

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 02 76

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

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

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6**

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO II. 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 ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE CUMPLAN CON EL REQUISITO DE DESAHUCIO DEBEN REGISTRAR SUS REMUNERACIONES EN LA COLUMNA E.

( 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, 1976) |   | 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 80 U.E.) | MONTO                            | N° DE DIAS |
|                                | A   |     |            | B   | C   | D                                | E          |
| 08                             | 12  | 08  |            |   | 832.313   |                                  |            |
| 08                             | 01  | 08  |            |   | 832.313   |                                  |            |
| 08                             | 02  | 08  |            |   | 838.913   |                                  |            |

**% DESAHUCIO**

00 %

Remuneración imponible días anterior inicio licencia médica (tope 80 U.E.) para trabajador afiliado a AFC.

5

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES ( TIPO 5 ) 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, 1976) |   | 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.E.) | 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.



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 - 22538929

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                        |  |  |  |                        |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |               |  |  |  |   |
|------------------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|-----------|--|--|--|---------------|--|--|--|---|
| M I L L O R            |  |  |  | B A D U O              |  |  |  | A D E L Q U I |  |  |  | O L F O N |  |  |  | 6 9 6 8 0 4 6 |  |  |  | 1 |
| APELLIDO PATERNO       |  |  |  | APELLIDO MATERNO       |  |  |  | NOMBRES       |  |  |  | RUN       |  |  |  |               |  |  |  |   |
| 0 2 0 3 0 9            |  |  |  | 0 2 0 3 0 9            |  |  |  | 5 4           |  |  |  | M         |  |  |  |               |  |  |  |   |
| FECHA EMISION LICENCIA |  |  |  | FECHA INICIO DE REPOSO |  |  |  | EDAD          |  |  |  | M/F       |  |  |  |               |  |  |  |   |
| 0 3                    |  |  |  | 7 7 6 5                |  |  |  |               |  |  |  | M         |  |  |  |               |  |  |  |   |
| N° DE DIAS             |  |  |  | N° DE DIAS EN PALABRAS |  |  |  |               |  |  |  | SEXO      |  |  |  |               |  |  |  |   |

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natus. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y Jucio de adopción pleno (Ley 18.867).

|                  |  |  |  |                  |  |  |  |         |  |  |  |                     |  |  |  |
|------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|---------|--|--|--|---------------------|--|--|--|
|                  |  |  |  |                  |  |  |  |         |  |  |  |                     |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  | NOMBRES |  |  |  | FECHA DE NACIMIENTO |  |  |  |
|                  |  |  |  |                  |  |  |  |         |  |  |  |                     |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  | NOMBRES |  |  |  | RUN                 |  |  |  |

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

|   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 7   | 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN<br>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO<br>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO |
| RECUPERABILIDAD LABORAL: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI / <input type="checkbox"/> 2 = NO | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI / <input type="checkbox"/> 2 = NO  |
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>   |
| HORA: <input type="text"/> MINUTOS: <input type="text"/>  | TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1 = SI / <input type="checkbox"/> 2 = NO  |
| FECHA DE LA CONCEPCION: <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

|   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1   | 1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL |
| SOLO PARA REPOSO PARCIAL: <input type="checkbox"/>  | A = MAÑANA<br>B = TARDE<br>C = NOCHE                   |
| LUGAR DE REPOSO: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO / <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL / <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO |  |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):  |  |
| DIRECCION - CALLE; N°; DEPTO; COMUNA: <u>Res. Pedro Luis</u><br><u>150 DEL RIQUILM 6 1173.</u>  |  |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):  |  |

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |  |  |  |                              |  |  |  |                    |  |  |  |   |  |  |  |
|------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| R O M A N O      |  |  |  | G O N Z A L E Z              |  |  |  | O L I V E R O      |  |  |  |   |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO             |  |  |  | NOMBRES            |  |  |  | ESPECIALIDAD                              |  |  |  |
| 1 4 0 8 1 3 8 5  |  |  |  | 0                            |  |  |  |                    |  |  |  | 7   |  |  |  |
| RUN              |  |  |  | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL |  |  |  | CORREO ELECTRONICO |  |  |  | 1 = MEDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |  |  |  |

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

NOMBRE, FIRMA Y TIPO DE EMPLEADOR (TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

*[Handwritten Signature]*

JEFE DE PERSONAL MUNICIPALIDAD DE PARRAL

|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| TOTAL DIAS | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| DESDE      | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| HASTA      | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |

Art. 15 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el servicio de Salud o la Superintendencia, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

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

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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 tres 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.