



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

DECRETO AFECTO N°: 4821

PARRAL, 22 May 2014

- 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° **44222364** presentada por don (a) **ALEJANDRA GONZALEZ GONZALEZ.-**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN ALONSO DAMINO HERNANDEZ.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **ALEJANDRA GONZALEZ GONZALEZ**, Contrata, OCHENTA Y CUATRO (84) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 13.03.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 05.06.2014.

ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE, REFRENDESE Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER – RE.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/nba.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.



Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



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°2- 44222364

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: 6002ALCER
 APELLIDO MATERNO: 6002ALCER
 NOMBRES: ALEJANDRO
 RUN: 15137847-1
 FECHA EMISION LICENCIA: 13032014
 FECHA INICIO DE REPOSO: 13032014
 EDAD: 31
 SEXO: F
 N° DE DIAS: 89
 N° DE DIAS EN PALABRAS: OCHENTA Y CUATRO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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: GODOY
 APELLIDO MATERNO: GONZALEZ
 NOMBRES: EMMA CASTAÑA
 FECHA DE NACIMIENTO: 130314
 RUN: 24564918-5

A.3. TIPO DE LICENCIA

3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO, MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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
 HORA _____ MINUTOS _____
 FECHA DE LA CONCEPCION: 06/2013
 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): _____

DIRECCION: CALLE N°: DEPTO.: COMUNA: Arturo Prat: 680 - Arvel

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: CIQUENTIS
 APELLIDO MATERNO: OZCULANA
 NOMBRES: GARCIA
 RUN: 7020403-7
 ESPECIALIDAD: 3 = MATRONA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 155-7000
 CORREO ELECTRONICO: 2ME 200

~~NO ABRIR HASTA EL PRÓXIMO CONTROL O EN LA UNIDAD DE LICENCIAS DE LA COMPIN O ISAPRE~~

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: POS NATAL
 OTROS DIAGNOSTICOS: _____
 ANTECEDENTES CLINICOS: _____
 EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO: _____

SECCION B : (USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE)

SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: COLMENA GOLDEN CROSS SA
 RESOLUCION N°: 2-44222364
 ESTABLECIMIENTO: _____
 CODIGO ESTABLECIMIENTO: 067
 TIPO DE LICENCIA: _____
 DESDE: _____ HASTA: _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____
 AUTORIZADO POR: _____ DIAS: _____
 DIAGNOSTICO CODIGO: _____
 1 = PRIMERA 2 = CONTINUACION
 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
 1 = AUTORIZASE 2 = RECHAZASE 3 = AMPLIASE
 CAUSA RECHAZO 1 = REPOSO INJUSTIFICADO
 A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 4478 Ley 18.460 y Ley 16.744

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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRA

RUN: 69130700-2 TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 18/03/14

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Direccion HO N720

COMUNA: PARRA CIUDAD: PARRA 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).

M

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.F.P.

CODIGO: 34 LETRA (CAJA PREV.):
 NOMBRE INT. PREV.: AFP Modelo

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 2 1 = SI 2 = NO
 -Contrato de duracion indefinida 2 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/12/12 DIA MES AÑO
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/13 DIA MES AÑO

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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRA

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 COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-306/90 ADENMAS 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		% DESAHUCIO
	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	
34	12	13	30		1.457.857			
34	01	14	30		1.434.839			
34	02	14	30		1.434.839			

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) 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, 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
34	01	13	30		1.388.435		
34	02	13	30		1.388.435		
34	03	13	30		1.388.435		
34	04	13	30		1.388.435		
34	05	13	30		1.388.435		

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

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 recepción del documento.

CONTINUA

CONTINUA