

Parral

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

DECRETO EXENTO N°: 1344

PARRAL, Abril 15 del 2010.-

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confiere 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° 28052435 presentada por doña HILDA FUENTES CABEZA.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **HILDA FUENTES CABEZA**, Administrativo, Grado 16° E.M.R., por Treinta (30) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 13.04.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 13.05.2010.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



Jaqueline Silva Saldias
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFE DE PERSONAL



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRACION MUNICIPALIDAD DE PARARAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 15/04/10

EMPRESA DE COMPLETADO DE TRABAJADOR: DLECI OCTHO 720

COMUNA: PARARAL CIUDAD: PARARAL

CODIGO COMUNAL Y/O COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8

6 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 7 = MINAS, PETROLIO Y CANTERAS
 8 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
 9 = CONSTRUCCION
 10 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA
 11 = COMERCIO
 12 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES
 13 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS.
 14 = SERVICIOS DOMESTICOS, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
 15 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCCUPACION

16

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

IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

2

03 LETRA (CAJA PREV.): D.F.P. COPROM

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador Afiliado a AFC: 2 (SI/NO)
 Contrato de duracion indefinida: 1 (SI/NO)

FECHA PARA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 11/10/94

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/02/95

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1, 2, 3, 4, 5, 7

D

A = SERVICIO DE SALUD
 B = INAPRE
 C = CCAP
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 6

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

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARARAL

FORMA DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

COMPLEMENTACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD

MES	MIS AL DIA CORRESPONDIENTE		REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART 16 DEL N° 41, 1970)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MONTE	N° DIAS		MONTE	N° DIAS
03	01	2010			
03	02	2010			
03	03	2010			
			TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TIPO 6 U.F.):		
			405.313		
			405.313		
			405.313		

% DESAHUCIO

5

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (tipo 6 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

EN CASO DE LICENCIAS ANTERIORES (TIPO 1) SE DEBE LLENAR ADJUNTAR EL RESUMEN SIGUIENTE

MES	MIS AL DIA CORRESPONDIENTE		REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART 16 DEL N° 41, 1970)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MONTE	N° DIAS		MONTE	N° DIAS

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al comienzo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones imputadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

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 - 28052435

COMPIN

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: FUENTES
 APELLIDO MATERNO: CABEZA
 NOMBRES: HILDA
 RUN: 7793100-9
 FECHA EMISION LICENCIA: 120410
 FECHA INICIO DE REPOSO: 130410
 EDAD: 50
 SEXO: F
 N° DE DIAS: 30
 N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.
(Ley 199 y 200 del Código 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 = PROLONGA MEDICINA PREVENTIVA
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

INDEBILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: B
 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: José Angel Bendaña Novak
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 9.2861083

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: VERGARA
 APELLIDO MATERNO: EDWARDS
 NOMBRES: FIDEL
 ESPECIALIDAD: NEURÓLOGO
 RUN: 4096799-9
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 6390-8
 CORREO ELECTRONICO: _____
 TELEFONO: 2101061
 DIRECCION: Mapocho 1413
 FAX: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

TOTAL DIAS		DESCANSO		TRABAJO	
DIAS	ANOS	DIAS	ANOS	DIAS	ANOS
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00
30	00	13	01	17	00

INFORMACION DEL TRABAJADOR DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 CA LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Art. 11 - El trabajador deberá presentar la licencia médica
 ante el Servicio de Salud o hospital correspondiente, dentro de
 los tres días hábiles siguientes al momento de la licencia.

SI NO

Este documento es propiedad de la Contraloría Médica - COMPIN e ISAPRES. No se permite su reproducción, distribución o uso no autorizado. Toda infracción será sancionada.