

Parral

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

DECRETO EXENTO Nº: 1267 /

PARRAL, Abril 28 del 2010.-

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confiere la ley Nº 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley Nº 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- La Licencia Médica Nº 29780911 presentada por doña RITA SEPULVEDA MUÑOZ.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña RITA SEPULVEDA MUÑOZ, Administrativo, Grado 16º E.M.R., por Cinco (05) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 27.04.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 02.05.2010.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



Jaqueline Silva Saldías
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFE DE PERSONAL



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCIÓN

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

EL OSTRINE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUTN: 68130700-4 TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 280910

DIRECCION DONDE CUMPLE: DLECCOCHOC 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: []

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PISCIA.
 1 = MINAS, PETROLIO 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 = SERVIDORES ESTATALES, 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).

C.1 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAE: []

REGIMEN PREVISIONAL

2 = D.L. 3501 INE
 = D.L. 3509 A.F.P.

CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): A.F.P. MOVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador Afiliado a APC: 2 = SI, 1 = NO
 Contrato de duracion indefinida: 2 = SI, 1 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/03/02

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/05

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 o 6

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

EMISOR ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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 OPORTUNAMENTE EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR OPORTUNAMENTE EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR OPORTUNAMENTE EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.

(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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 46, 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
08	01	2010		B	391.219		
08	02	2010			391.219		
08	03	2010			391.219		

DESAHUCIO

[]

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a APC.

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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 46, 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

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.

Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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.

N° 2 - 29780911

COMPIN

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SCPULUEDA APELLIDO MATERNO: MUNDI NOMBRES: RITA
 RUN: 13159953-5
 FECHA INICIO DE REPOSO: 27/09/10 EDAD: 27 SEXO: F
 DÍA EMISION LICENCIA: 05 N° DE DIAS EN PALABRAS: CINCO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ RUN: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 2 = PROFECIA 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 = ESTERILIDAD DEL EMBARAZO

INCAPACIDAD 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: _____
 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

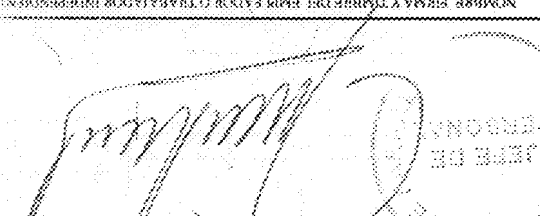
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____

DIRECCION: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA: Y. LOS RECAJAS PTG 7, Nº 59, PDMC
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 637760

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: ROMERO APELLIDO MATERNO: GONZALEZ NOMBRES: ALVARO
 ESPECIALIDAD: 7 = MEDICO
 RUN: 17081385-0 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: D. O. N. T. 1040 CORREO ELECTRONICO: _____
 FIRMADO: ALVARO ROMERO GONZALEZ RUT: 14.081.385-0 Médico Cirujano

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TITULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INTERESADO:


TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
06	28	03
06	30	03
06	30	03

Art. 11 - El empleador deberá presentar la licencia médica con los días hábiles siguientes de reposo que le corresponde, ante el Servicio de Salud o Inspección de Salud correspondiente, en caso de no haber sido otorgada por el médico responsable de la licencia.

1 = SI 2 = NO

CALIFICACION ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
 (OPCIONAR OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INTERESADO)