

Parral

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

DECRETO EXENTO N°: 1268 /

PARRAL, Abril 28 del 2010.-

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° 29780855, presentada por Don **PATRICIO VERGARA LARA**.-

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a don **PATRICIO VERGARA LARA**, Jefatura, Grado 10° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, a contar del 26.04.2010, debiendo reasumir a sus funciones el día 29.04.2010.

2.- **DESIGNASE**, como Tesorero Municipal Subrogante, por los días señalados a la Sra. **MARTA VALDES ACUÑA**, Técnico, Grado 11° E.M.R.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFE DE PERSONAL

DISTRIBUCION:

- Archivo
- Personal (02)
- Administración.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 68130700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 280910

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

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

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

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).

14

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

REGIMEN PREVISIONAL

2 = D.L. 3501 IMP
 = D.L. 3500 A.F.P.

018 LETRA (CAJA PREVI) A.F.P. PAQUIDA

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.

2

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PROXIMA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 010282 DIA MES AÑO FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010282 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-5-7
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 6-6
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

ESTE INFORME DEBE SER COMPLETADO POR LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE HAYAN REGISTRADO ANOTACIONES EN LAS CUENTAS CORRIENTES DE CUENTA CORRIENTE DEL SECTOR PUBLICO O EN CUENTAS DE DESARHUO Y AQUELLOS TRABAJADORES EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.700000 QUE HAYAN DEBERO REGISTRAR ANOTACIONES EN LA COLUMNA B.

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

FECHA INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART 15 DFL. N° 34, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESARHUO PARA TRABAJADORES CORE MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
08	01	2010			680.033		
08	02	2010			781.989		
08	03	2010			781.903		

DESARHUO

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

\$

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

FECHA INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART 15 DFL. N° 34, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESARHUO PARA TRABAJADORES CORE 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 u 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 reclutar 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° 2/1984

N° 2 - 29780655

FORMULARIO DE LICENCIA

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VERGARA LAZA PATRICIO S

8566743-2

270410

260410

51

MGP

03

TRES

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO 606 para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.

Empty fields for child identification

Empty fields for child birth date and RUT

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 - ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2 - PROSROGIA 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 - PATOLOGIA DEL EMBARAZO

PERMANENCIA LABORAL: 1 = SI 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

FECHA DE LA EXAMINACION: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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: *Dpto 31. P. Reyes*

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

VERGARA LAZA PATRICIO S

Medicador

15370262-0

REGISTRO COLEGIADO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

PE383257

DIRECCION

PAIS

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

Empty box for signature and stamp

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MESES	DIAS	MESES	DIAS	MESES
04	01	04	01	04	01
09	01	09	01	09	01
14	01	14	01	14	01
19	01	19	01	19	01
24	01	24	01	24	01
29	01	29	01	29	01
34	01	34	01	34	01
39	01	39	01	39	01
44	01	44	01	44	01
49	01	49	01	49	01
54	01	54	01	54	01
59	01	59	01	59	01
64	01	64	01	64	01
69	01	69	01	69	01
74	01	74	01	74	01
79	01	79	01	79	01
84	01	84	01	84	01
89	01	89	01	89	01
94	01	94	01	94	01
99	01	99	01	99	01

Art. 13 - El empleador deberá proveer la licencia médica...

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENIENTE