



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

DECRETO EXENTO N° : 2078 /

PARRAL, Julio 02 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° **237181-2** presentada por doña **HILDA FUENTES CABEZA-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **HILDA FUENTES CABEZA**, Administrativo, Grado 16° E.M.R., por (07) Siete días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 29.06.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 06.07.2010.-

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

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

F U E N T E S	C A B E Z A	H I L D A D E L C A	7 7 9 5 1 0 5 - 9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 9 0 6 2 0 1 0	2 9 0 6 2 0 1 0	5 1 F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD SEXO	
0 7	S I E T E		
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<p><input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO</p>
<p>RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO</p> <p>TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>HORA MINUTOS</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO</p>

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE</p>
<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO:COMUNA <u>MATURANA 750, DPTO C 406,</u> <u>Santiago</u></p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>(9)2861083</u></p>

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

B R A V O	Z E H N D E R	P A B L O R O B E R T	9 3 8 0 7 5 6 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
18403-9		OTORRINOLARINGOLOGÍA	<input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
(2)2101111/(/)	VITACURA 5951, Vitacura		<i>Documento firmado electrónicamente</i>
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL

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 periodo 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.



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARAZAL

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

68130700 K 637700

RUN

TELEFONO

30062010

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)

DIECIOCHO 70

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

PANNU

COMUNA

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 Y 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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL

2 1= D.L. 3501 INP.
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO 03 LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE INT. PREV. A.F.P. CUPNUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

11101999

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI
2 = NO
Contrato de duración indefinida 1 1 = SI
2 = NO

01021995

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7
D A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6
E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

I MUNICIPALIDAD DE PARAZAL

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO





CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C		
03	03	2010			405.313 -		
03	04	2010			405.313 -		
03	05	2010			405.313 -		

% DESAHUCIO
 .

Remuneración imponible previsual 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

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C		

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 ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN 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 de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	13	01	10	11	02	10
30	15	03	10	13	04	10
30	10	06	10	03	07	10





NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE