

Parral

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

DECRETO EXENTO N° : 2237 /

PARRAL, Julio 14 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° **29990193** presentada por don **LUIS URRUTIA RIVEROS**.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Don **LUIS URRUTIA RIVEROS**, Auxiliar Grado 14° E.M.R., por (04) Cuatro días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 12.07.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 16.07.2010.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



Jaqueline Silva Saldias
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFE DE PERSONAL



Adelqui Millar Bravo
ADELQUI MILLAR BRAVO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

DISTRIBUCIÓN

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69430700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EMPLEADOR: 130710

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL: USO COMUNAL: PIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETROLIOS 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

1 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
 2 = PROFESOR.
 3 = OTRO PROFESIONAL.
 4 = TECNICO.
 5 = VENDEDOR.
 6 = ADMINISTRATIVO.
 7 = OPERARIO, TRABAJADOR MANO DE OBRA.
 8 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
 9 = OTRO (ESPECIFICAR).

14

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.

2

CODIGO: 10 (LETRA CAJA PREV.)
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CAPITAL

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 CCAAF

SEGURO DE DESPLIEGO

Trabajador Afiliado a ALC: **2** 1 = SI 2 = NO
 Contrato de duracion indefinida: **1** 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 070582

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010971

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

D

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = CCAAF
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

0

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

NOMBRE 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 ANOTACIONES Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE GOZAN PARES DESAHUCIO Y AGRILOS TRANSANADOS EN VIRTUD DEL D.F.L.

EN COLUMNA (C) D.Y. E CUANDO CORRESPONDA (360)000 ADJUNTAS DEBEN REGISTRAR REALIZACIONES EN LA COLUMNA (E)

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EN CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
	MES	AÑO	N° DE DIAS		
10	04	10	30	93.389 =	
10	05	10	30		
10	06	10	30		

% DE AHUCIO

Remuneración imponible mes anterior (incluye licencia médica (tope 90 U.T.) para trabajador afiliado a ALC)

\$

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EN CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
	MES	AÑO	N° DE DIAS		

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo (7) 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- 29990193

GOBIERNO DE CHILE

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: URNUCISA APELLIDO MATERNO: RIVEROS NOMBRES: LIVIA RUN: 5228192-3
 FECHA EMISION LICENCIA: 120210 FECHA INICIO DE REPOSO: 120210 EDAD: 6 SEXO: M
 N° DE DIAS: 04 N° DE DIAS: cuatro N° PALABRAS: 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: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2 = PRORROGA 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

1 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: _____
 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 = S. DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION: CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA: Umbre 81
Grand
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: Labra APELLIDO MATERNO: Ballester NOMBRES: Roberto FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]
 RUN: 8095603-9 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 14913 CORREO ELECTRONICO: _____
462346 A RINCO 462346

1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTROLORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

MUNICIPALIDAD DE PARRAL
JEFE DE PERSONAL

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

1 = SI 2 = NO INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 1 = SI 2 = NO CALIFICACIONES ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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.