



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

DECRETO EXENTO N° : 3341 /

PARRAL, Octubre 07 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° **31651480**, presentada por doña **YENNIFER PARADA FUENTES.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **YENNIFER PARADA FUENTES**, Profesional, Grado 11° E.M.R., por (04) Cuatro días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 05.10.2010., debiendo reasumir a sus funciones el día 09.10.2010.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



Gladys Vasquez Barrera
GLADYS VÁSQUEZ BARRERA
JEFA DE PERSONAL (S)



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MSES AT CUAL CORRESPONDEN LAS REAMERACIONES			B	C	D	E
	MES	ANO	N.º DE DIAS				

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MSES AT CUAL CORRESPONDEN LAS REAMERACIONES			B	C	D	E
	MES	ANO	N.º DE DIAS				
08	08	10	03		646.390.-		
08	08	10	03		646.390.-		
08	08	10	03		646.390.-		

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE ELIMINAR ADIEMAS EL RECARGO SIGUIENTE

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

\$

% DESAHUCIO

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

INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD

INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD

REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN PREVISIONAL

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAAF

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAAF

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

C2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

OCCUPACION

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

RUN

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

CIUDAD

COMUNA

COMUNIDAD

USO COMUNAL

OCUPACION

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

TELÉFONO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL



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

GOBIERNO DE CHILE

N° 2 - 31651480

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **PARADA** APELLIDO MATERNO: **FUENTES** NOMBRES: **MENNER** RUN: **15826194-9**
 FECHA EMISION LICENCIA: **06/01/10** FECHA INICIO DE REPOSO: **05/10/10** EDAD: **26** SEXO: **F**
 N° DE DIAS: **04** N° DE DIAS EN 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: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 RUN: _____

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

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 = SU DOMICILIO
 2 = HOSPITAL
 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION: CALLE: N°; DEPTO.; COMUNA: **15B - Talca**
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **CORDON** APELLIDO MATERNO: **CORDON** NOMBRES: **PATRICIA** ESPECIALIDAD: **1**
 RUN: **15378262-8** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
 TELEFONO: **91383757** DIRECCION: _____ FAX: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: _____


TOTAL DIAS	02
DESDE	03/06/10
HASTA	04/06/10

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

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.