

Parral

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

DECRETO EXENTO N°: 1865 /

PARRAL, Abril 28 del 2011.

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.- La Licencia Médica N° **33520310**, presentada por doña **RITA SEPULVEDA MUÑOZ**.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a doña **RITA SEPULVEDA MUÑOZ**, Administrativo Grado 16° E.M.R., por Once (11) días de Licencia Médica para el restablecimiento de su salud, a contar del 26.04.2011, debiendo reasumir a sus funciones el día 07.05.2011.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



[Handwritten signature]
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFÁ DE PERSONAL



[Handwritten signature]
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

JVSS/adbp.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal, Administración.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARARAL

RUN: 69130700 K TELEFONO: 637726 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 200411

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARARAL CIUDAD: PARARAL 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, 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. 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: 00 LETRA (CAJA PREV.): []
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA

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 CCAF

[] [] [] [] [] []

SEGURO DE DESEMPLEO

-Trabajador Afiliado a AFC: **2** 1=SI 2=NO
 -Contrato de duración indefinida: **2** 1=SI 2=NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 010302 DIA MES AÑO
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010105 DIA MES AÑO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7

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

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

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

[]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I MUNICIPALIDAD DE PARARAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
 LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.364/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(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 CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 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	11	30	B	368.128 =		
08	02	11	30	B	371.065 =		
08	03	11	30	B	371.065 =		

% DESAHUCIO

[] [] , [] []

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 ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION 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° 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
				B	C	D	E

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.

CONTINUA

CONTINUA



GOBIERNO DE CHILE

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

N°2- 33520310

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **Steph** APELLIDO MATERNO: **NUÑO** NOMBRES: **DAIZEL C** RUN: **15 75 72 55 - 5**
 FECHA EMISION LICENCIA: **27 04 11** FECHA INICIO DE REPOSO: **26 04 11** EDAD: **28** SEXO: **F**
 N° DE DIAS: **11** N° DE DIAS EN PALABRAS: **ONCO**

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: **V. Ca Los Andes # 54 PARRAL**

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **881 45 149**

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **Peñay** APELLIDO MATERNO: **Lillo** NOMBRES: **DAIZEL C** ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **U** CORREO ELECTRONICO: **DR. PEÑAY LILLO** Médico Cirujano

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: *[Firma]*
 JEFES DE PERSONAL MUNICIPAL: *[Firma]*

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
04	02	02
05	02	03
06	02	03
07	02	03
08	02	03
09	02	03
10	02	03
11	02	03
12	02	03
13	02	03
14	02	03
15	02	03
16	02	03
17	02	03
18	02	03
19	02	03
20	02	03
21	02	03
22	02	03
23	02	03
24	02	03
25	02	03
26	02	03
27	02	03
28	02	03
29	02	03
30	02	03
31	02	03
32	02	03
33	02	03
34	02	03
35	02	03
36	02	03
37	02	03
38	02	03
39	02	03
40	02	03
41	02	03
42	02	03
43	02	03
44	02	03
45	02	03
46	02	03
47	02	03
48	02	03
49	02	03
50	02	03
51	02	03
52	02	03
53	02	03
54	02	03
55	02	03
56	02	03
57	02	03
58	02	03
59	02	03
60	02	03
61	02	03
62	02	03
63	02	03
64	02	03
65	02	03
66	02	03
67	02	03
68	02	03
69	02	03
70	02	03
71	02	03
72	02	03
73	02	03
74	02	03
75	02	03
76	02	03
77	02	03
78	02	03
79	02	03
80	02	03
81	02	03
82	02	03
83	02	03
84	02	03
85	02	03
86	02	03
87	02	03
88	02	03
89	02	03
90	02	03
91	02	03
92	02	03
93	02	03
94	02	03
95	02	03
96	02	03
97	02	03
98	02	03
99	02	03
100	02	03

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.

1 = SI 2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.