

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

DECRETO EXENTO N°: 2470 /

PARRAL, Junio 06 del 2011.-

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°21644629, presentada por doña LETICIA FUENZALIDA FUENZALIDA.-

DECRETO:

1.- AUTORIZASE a Doña LETICIA FUENZALIDA FUENZALIDA.- Técnico Grado 15° E.M.R., por Dos (02) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 06.06.2011., debiendo reasumir a sus funciones el día 08.06.2011.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.


JAQUELINE SILVA SALDIÁS
JEFA DE PERSONAL


ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo
- Personal
- Administración

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRACION MUNICIPALIDAD DE PARANA

RUN: 168130700-14 TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: [] [] [] [] [] []

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DUECUCOCH0720

COMUNA: PARANA CIUDAD: PARANA 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).

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.

CODIGO: 2 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 = SI, 1 = NO
 -Contrato de duración indefinida: 1 = SI, 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 04 98 DIA MES AÑO
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 16 05 05 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: ILUSTRACION MUNICIPALIDAD DE PARANA

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. 1-306288 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
	A			B		D	E
08	03	11	30		383.378		
08	04	11	30		383.378		
08	05	11	30		422.822.-		

% 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
	A			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° 1 - 21644629

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Perezuelida			Perezuelida			Peticia del Pilar			030157264			
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			
06/06/11			06/06/11			32			M ó F F			
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			EDAD			SEXO			
03			Días			Días			N° DE DIAS EN PALABRAS			
N° DE DIAS			N° DE DIAS EN PALABRAS			N° DE DIAS EN PALABRAS			N° DE DIAS EN PALABRAS			

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).

[]			
FECHA DE NACIMIENTO			
[]			
RUN			

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
<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 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
--	---

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	[] [] [] [] [] []
DIA MES AÑO	

[] [] [] []	1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS	TRAYECTO

FECHA DE LA CONCEPCION	[] [] [] []
MES AÑO	

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	

LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	<input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL	<input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
--	---------------------------------------	---

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCION : CALLE; N°; DEPTO; COMUNA 1° de Mayo
Seg 8 N° 4 Parícuti

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 9700 5707

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

García			Pérez			María			[] [] [] [] [] []			
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			
22787837			1			Firma del Trabajador			Especialidad <input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

[Handwritten signature]

TOTAL DIAS		DESDE			HASTA		
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

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 recepcionado el 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.

