



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

DECRETO EXENTO N°: 2804 /

PARRAL, Junio 22 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°**21644642**, presentada por doña **CAROLINA ROMERO ALBORNOZ.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **CAROLINA ROMERO ALBORNOZ.-** Administrativo Grado 16° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 22.06.2011., debiendo reasumir a sus funciones el día 25.06.2011.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



JAQUELINE SILVA SALDIAS
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

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 220611

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL 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.

CODIGO: **08** 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

SEGURO DE DESEMPLEO

-Trabajador Afiliado a AFC: **2** (1=SI, 2=NO)
 -Contrato de duracion indefinida: **1** (1=SI, 2=NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 010893 (DIA, MES, AÑO)
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010196 (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 PARRAL**

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 ELEGIRAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.L. 1.963/80 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 DEL 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	03	11	30		371.065,-		
08	04	11	30		371.065,-		
08	05	11	30		410.388,-		

% 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 DEL 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

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.



Licencia Médica

La COMPIEL - Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o suplantar 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° 1 - 21644642

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1																			
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									

FECHA EMISION LICENCIA										FECHA INICIO DE REPOSO										EDAD										SEXO									
21/06/11										22/06/11										37										F									
N° DE DIAS										N° DE DIAS EN PALABRAS																													
03										Tres										Días																			

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										FECHA DE NACIMIENTO									

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 MATERNA 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 <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO												
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>														
HORA	MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO												
FECHA DE LA CONCEPCION	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>														

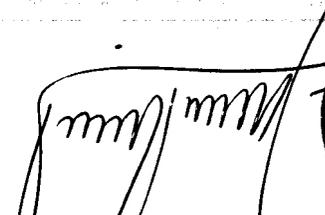
A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> 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 CASO		
DIRECCION (CALLE, N° DEPTO, COMUNA)		
Villal Piles 2		
Dpto. Maipo		
TEL. PERSONAL O DE CONTACTO		
77 55 2556		

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										FECHA DEL TRABAJADOR										SPECIALIDAD									
Lopez										Perez										Hernandez										20/06/11										1									
22987837										1																																							

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPI e ISAPRES




HASTA		DESDE			TOTAL DIAS	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	
11	06	20	11	06	20	20
11	06	21	11	06	20	20
11	06	22	11	06	20	20
11	06	23	11	06	20	20
11	06	24	11	06	20	20
11	06	25	11	06	20	20
11	06	26	11	06	20	20
11	06	27	11	06	20	20
11	06	28	11	06	20	20
11	06	29	11	06	20	20
11	06	30	11	06	20	20
11	06	31	11	06	20	20
11	06	01	11	06	20	20
11	06	02	11	06	20	20
11	06	03	11	06	20	20
11	06	04	11	06	20	20
11	06	05	11	06	20	20
11	06	06	11	06	20	20
11	06	07	11	06	20	20
11	06	08	11	06	20	20
11	06	09	11	06	20	20
11	06	10	11	06	20	20
11	06	11	11	06	20	20
11	06	12	11	06	20	20
11	06	13	11	06	20	20
11	06	14	11	06	20	20
11	06	15	11	06	20	20
11	06	16	11	06	20	20
11	06	17	11	06	20	20
11	06	18	11	06	20	20
11	06	19	11	06	20	20
11	06	20	11	06	20	20

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 de documento.

1 = SI 2 = NO

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