

Parral

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

DECRETO EXENTO N°: 2035 /

PARRAL, Junio 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° **33964932**, presentada por doña **PATRICIA MOLINA SANHUEZA.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a doña **PATRICIA MOLINA SANHUEZA**, Administrativo Grado 16° E.M.R., por Dos (02) días de Licencia Médica para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.06.2011, debiendo reasumir a sus funciones el día 25.06.2011.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Jaqueline Silva Saldias
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFA DE PERSONAL

JVSS/adbp.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal, Administración.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ELUSTOLE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

69130700- K 637700 280611

RUN REGION DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE SE EJERCE LA ACTIVIDAD LABORAL DIECI OCHO 720

PARRAL PARRAL

CODIGO COMUNA USOCOMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS Y SERVICIOS AUXILIARES
 1= MINAS, PETROLIO Y CANTERAS
 2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
 3= CONSTRUCCION
 4= ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA
 5= COMERCIO
 6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMERCIO AL POR MENOR
 7= ENSEÑANZA, SALUD, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS
 8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES Y INTERNACIONALES
 9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

8

OCCUPACION

11= EJECUTIVO GERENCIAL
 12= PROFESOR
 13= OTRO PROFESIONAL
 14= TECNICO
 15= AUXILIAR
 16= ADMINISTRATIVO
 17= OPERARIO DE MAQUINARIA Y MANO DE OBRA
 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
 19= OTRO ESPECIFICAR

16

C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR C.A.F.

REGIMEN PREVISIONAL

1= D.L. 3501 INF
 2= D.L. 3500 A.L.F.

2

CATEGORIA **08** (TRABAJADOR PRIVADO)
 NOMBRE INICIAL **A.F.P. PARRAL**

CATEGORIA DEL TRABAJADOR

1= TRABAJADOR DE FORMA COLECTIVA (CLAVES 01-08M)
 2= TRABAJADOR SECTOR COLECTIVO ALIADO AL SECTOR PRIVADO
 3= TRABAJADOR DE FORMA INDIVIDUAL EN EL SECTOR PRIVADO
 4= TRABAJADOR DE FORMA SOCIAL

2

SEGURO DE DESEMPEÑO

Contribuye al Seguro de Desempeño **2** (SI/NO)
 Contribuye al Seguro de Desempeño Individual **2** (SI/NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL **010493**
 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO **061204**
 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO COMUNA O SERVIDORAS SERVICIOS

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1, 3, 4, 5, 6, 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 o 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

E. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y O SUBSIDIOS

ESTE INFORME DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE, DE ACUERDO A LA INFORMACION QUE SE LE PROPORCIONA EN EL MOMENTO DE LA EMISION DEL SUBSIDIO. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE, DE ACUERDO A LA INFORMACION QUE SE LE PROPORCIONA EN EL MOMENTO DE LA EMISION DEL SUBSIDIO.

INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA AFILIACION

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES A CUAL CORRESPONDE (AÑO)			REMUNERACIONES EMPLEADOR EN EL PERIODO ANTERIOR AL CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE SUBSIDIO (DIA MESAÑO)	SUBSIDIO PAGA (DIA MESAÑO)	% DESARUCIO
	MESES	DIAS	DIAS			
08	03	11	30	371.065 = 371.065 = 410.588 =		<input type="checkbox"/> Regimen de Ingresos y Rentas Anteriores al Ingreso al Seguro de Desempeño (D.L. 3500 A.L.F.)
08	04	11	30			
08	05	11	30			

INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA AFILIACION

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES A CUAL CORRESPONDE (AÑO)			REMUNERACIONES EMPLEADOR EN EL PERIODO ANTERIOR AL CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE SUBSIDIO (DIA MESAÑO)	SUBSIDIO PAGA (DIA MESAÑO)	COMENTARIOS
	MESES	DIAS	DIAS			
						Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y O SUBSIDIOS

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y O SUBSIDIOS



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

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

N° 2 - 33964932

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MOLINA	JANUERA	PAZMINA	12360608	6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
220611	230611		38	M6F
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		SEXO
02	10.5			
N° DE DIAS	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).

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										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

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

HORA MINUTOS TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

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: Villa in Reyes
7 # 178 Canal

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 97863313

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Lobos	Pedro	Justino	[Firma]
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
8099603	7	199196	[Firma]
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	
462346		A S NIO 1990	
TI		CORREO ELECTRONICO	
		462346	
		[Firma]	

ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIPO DE EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

[Firma]

MUNICIPALIDAD DE PARRAL
 JEFE DE PERSONAL

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
04	26/04/11	29/04/11

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.
 TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: