



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

DECRETO EXENTO N° : 50541

PARRAL, Octubre 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.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.-
- 4.- La Resolución de Suspensión de funciones del 01.04.2011.-
- 5.- La carta de Excusa del 29.09.2011, de Jimena Vásquez B.-
- 5.- La Licencia Médica N°35126958, de Jimena Gutierrez Mendez.-

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a doña **JIMENA GUTIERREZ MENDEZ**, Directivo Grado 7° E.M.R., por Treinta (30) días de Licencia Médica, a contar del 28.10.2011, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.11.2011.

2.- **DESIGNASE**, como Secplan Subrogante, por el período señalado, al Sr. **VICTOR TRONCOSO OLIVARES**, Profesional, Grado 8° E.M.R.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



Jaqueline Silva Saldías
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFA DE PERSONAL

Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.(02)
- Administración.

SECTOR C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRACION MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 28/10/11

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCION ESTE 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).

11

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAE

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO: 015 LETRADO(A) PREV.
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. HABITAD

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.

1

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/01/97

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/02

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1, 2, 3, 4 y 7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = SAPRE
 C = C.C.A.E.
 D = EMPLEADOR

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 y 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

ESTE INFORME DEBE SER COMPLETADO POR LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834. LAS OTRAS CATEGORIAS DE TRABAJADORES DEPENDIENTES DE LA LEY N° 18.834. DEBE COMPLETAR ESTE INFORME EN LOS CASOS DE SERVICIO DE EMPLEADOR.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL QUE LE CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EN PERIODO Y/O PERIODO O CASOS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN EN PERIODO Y/O PERIODO EN MES (ART. 10 DEL D.S. N° 41.976)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	DIA	HORA	IMPONIBLES DE PERIODO Y/O PERIODO Y/O PERIODO O CASOS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN EN PERIODO Y/O PERIODO EN MES (ART. 10 DEL D.S. N° 41.976)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSION EN SALDO (ART. 60 DEL D.S. N° 41.976)	MONTO	TIPO
05	07	11	30		1.448.517.-		
05	08	11	30		1.450.386.-		
05	09	11	30		1.452.838.-		

% DESAMUJO

[] %

Remuneracion imponible que debe ser informada en el informe de renta y/o subsidios que se debe presentar al seguro de desempleo.

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL QUE LE CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EN PERIODO Y/O PERIODO O CASOS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN EN PERIODO Y/O PERIODO EN MES (ART. 10 DEL D.S. N° 41.976)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	DIA	HORA	IMPONIBLES DE PERIODO Y/O PERIODO Y/O PERIODO O CASOS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN EN PERIODO Y/O PERIODO EN MES (ART. 10 DEL D.S. N° 41.976)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSION EN SALDO (ART. 60 DEL D.S. N° 41.976)	MONTO	TIPO

Este informe debe ser presentado al seguro de desempleo en el septimo dia de cada mes que preceda al mes de la frecuencia de pago, segun el monto de subsidio que se este cobrando.

Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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.

N° 2- 35126958

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONA L

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: GUTIERREZ
APELLIDO MATERNO: MENDEZ
NOMBRES: JIMENA
FECHA EMISION LICENCIA: 25/10/11
FECHA INICIO DE REPOSO: 28/10/11
N° DE DIAS: 30
N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA

MUNICIPALIDAD DE PARARAL 3
OFICINA DE PARTES
AL F 28 OCT 2011
N° REG: 6743
FIRMA:

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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 TRAVECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI / 2 = NO
INICIO TRAMITE DE INVALIDIZ: 1 = SI / 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO: _____
TRAVECTO: 1 = SI / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____

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 + 3
 2 = HOSPITAL
 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO LUGAR: Puede salir

DIRECCION: CALLE: N°: DEPTO: COMUNA: 23 oriente (Centro E y 6 norte) TALCA
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 65946299

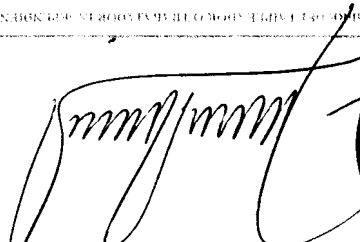

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

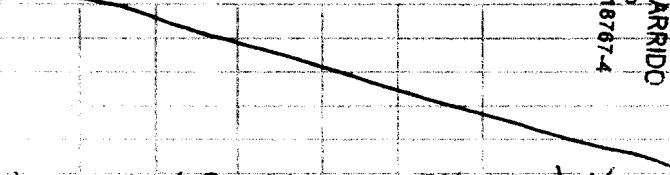
APELLIDO PATERNO: MILLARROEL
APELLIDO MATERNO: GARRIDO
NOMBRES: JUANA
ESPECIALIDAD: PEDIATRIA 1 = MEDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA

RUN: 10446234
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 18767-4
CORREO ELECTRONICO: 9738601 LA PAZ 1003

FIRMA DEL TRABAJADOR: *Juana Millarroel Garrido*
PROFESION: MEDICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA COMPIN e ISAPRES


FECHA DE EMISION: 28/10/11

JUANA MILLARROEL GARRIDO
 Médico Cirujano
 RCM 18767-4 RCM 18767-4

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 días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Art. 13.- El empleador deberá presentar la licencia médica...
 1 = SI / 2 = NO

Las licencias médicas son válidas en los establecimientos...