



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

DECRETO EXENTO N°: 2391

PARRAL, 18 Ene 2012

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°**36200931**, presentada por doña **LETICIA FUENZALIDA FUENZALIDA.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **LETICIA FUENZALIDA FUENZALIDA.**, Técnico Grado 15° E.M.R., por (15) Quince días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 13.01.2012., debiendo reasumir a sus funciones el día 28.01.2012.-

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

OE-231
1701

JVSS/APRC/EOU/vamc.

DISTRIBUCION

- Archivo
- Personal.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRINE MUNICIPALIDAD DE PARARAL

RUN: 69130700-2 TELEFONO: 637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 16/01/12

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).

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.

2

CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): A.F.P. PIZOUIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR DEL SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.334.
 2 = TRABAJADOR DEL SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.334.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE DEL SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

1

FECHA RECEPCION LICENCIA POR C.C.A.F.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador Afiliado a AFC: **2** (1=SI, 2=NO)
 Contrato de duracion indefinida: **4** (1=SI, 2=NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/04/98

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 16/05/05

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 = ISAPFE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: II. MUNICIPALIDAD DE PARARAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBERAN REGISTRAR ANTES DE EMPEZAR LAS COLABORACIONES LAS CUANTIAS CORRESPONDIENTES A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COMIENZAN POR VESUBIDIO Y A LOS TRABAJADORES EN VIGENCIA DEL D.L. 1.869 EN CUANTAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA CUANTIA

(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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ARTICULO DEL N° 44, 1975)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	ANOS	DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	DIAS
08	10	M	30	B	C	D	E
08	11	M	30		424.192.-		
08	12	M	30		424.192.-		
					445.402.-		

% DESAHUCIO:

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ARTICULO DEL N° 44, 1975)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	ANOS	DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	DIAS

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, la Unidad de Licencia Médica, o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o cumplir el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa, Art. 16 D.S. N° 311984.

N° 2 - 36200931

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **FLENKLI** APELLIDO MATERNO: **DA** NOMBRES: **FLENKLI DA LETICIA** RUN: **13615726-4**

FECHA EMISION LICENCIA: **16/01/12**

FECHA MUERTO DE REPOSO: **13/01/12**

EDAD: **30**

SEXO: **F**

N° DE DIAS: **15**

N° DE DIAS EN PALABRAS: **QUINCE**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____

RUN: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

4

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE UN AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: **1** (1 = SI, 2 = NO) HECHO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____

HORA - MINUTOS: _____ TRAYECTO: **1** (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DE LA CONSTRUCCION: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
- 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: **A** (A = MAÑANA, B = TARDE, C = NOCHE)

LUGAR DE REPOSO: **1** (1 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO)

JUSTIFICAR SI ES OTRO: **Accidente**

DIRECCION: CALLE N° DEPTO: COMUNA: **Polv 10 de Mayo**

TELEFONO PERSONAL O DE CONTACTO: **97005707**

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **ALFARO** APELLIDO MATERNO: **ALFARO** NOMBRES: **Wenceslao**

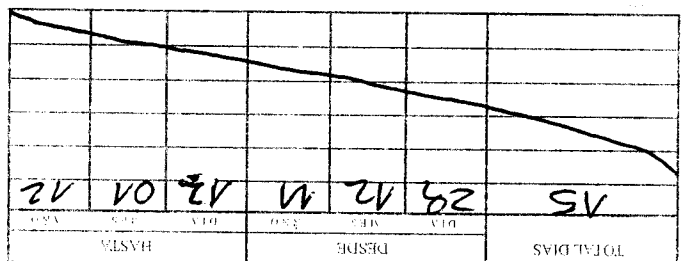
ESPECIALIDAD: **Neurologo** (1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA)

RUN: **12015560-2** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **20304-4**

TELEFONO: **97005707** CORREO ELECTRONICO: **a.fuente925@gmail.com**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE FINAL Y NOMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: _____



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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia. TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.