

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

DECRETO EXENTO N°: 41141

PARRAL, 16 AGO 2012

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 Licencia Médica N° **994317-K**, presentada por don (a) **MARIA MIRNA MORALES MORALES.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **MARIA MIRNA MORALES MORALES**, Profesional, Grado 11° E.M.R., por Siete (07) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 13.08.2012, debiendo reasumir a sus funciones el día 20.08.2012.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Jaqueline Silva Saldias
JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFA DE PERSONAL

JSS/ARC/yaf.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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° 3 000994317-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

M	O	R	A	L	E	S			M	O	R	A	L	E	S			M	A	R	I	A	M	I	R	N	A	1	2	5	4	5	4	7	9	-	8
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN																									
1	3	0	8	2	0	1	2	1	3	0	8	2	0	1	2	3	9	F																			
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO																											
0	7	S I E T E																																			
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																																			

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN											
FECHA NACIMIENTO																							

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO						
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = NO				
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DÍA		MES		AÑO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	TRAYECTO <input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO				
HORA		MINUTOS					
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		MES		AÑO			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>Calle Igualdad 999,</u>	
Parral _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-53710048</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G	I	A	C	A	M	A	N			S	A	A	V	E	D	R	A			A	R	T	U	R	O	A	M	I	R	1	6	1	5	5	8	4	0	-	0
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN																											
28537-4								MEDICINA INTERNA				<input checked="" type="checkbox"/> 1																											
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA																											
96787896/				MARCOLETA, Santiago				Documento firmado electrónicamente				FIRMA PROFESIONAL																											
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN																																			

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

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
 Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

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° 3 000994317-K

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

69430700 - R

RUN

639900

TELEFONO

14082072

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)

DIECIOCHO 720

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

PARRAL

COMUNA

CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

CÓDIGO 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 Y 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).

13

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO 03 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
- 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
- 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
- 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

01121996

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
- 2 = NO
- Contrato de duración indefinida 1 = SI
- 2 = NO

15012072

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

- A = SERVICIO DE SALUD
- B = ISAPRE
- C = C.C.A.E.
- D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

I MUNICIPALIDAD DE PARRAL

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

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° 3 000994317-K

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.
(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
08	05	12	30		718.699		
08	06	12	30		718.699		
08	09	12	30		718.699		

% DESAHUCIO

--	--	--	--

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 99 UF) para trabajador afiliado a AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS

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.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recibido el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
02	14	06	12	15	06	12
01	26	06	12	26	06	12





 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE