

DECRETO EXENTO N°: 4468 /

PARRAL,

07 Set 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°1037151-1, presentada por doña **MARIA MIRNA MORALES MORALES**


DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **MARIA MIRNA MORALES MORALES**, Profesional, Grado 11° E.M.R., por (01) Un día de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 04.09.2012., debiendo reasumir a sus funciones el día 05.09.2012.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.




JAQUELINE SILVA SALDIAS
JEFA DE PERSONAL




ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

JVSS/APRC//gvb
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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

N° 3 001037151-1

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
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
0 4 0 9 2 0 1 2	0 4 0 9 2 0 1 2	3 9	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 1	U N O		
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)

APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<p>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</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 1</p>	<p>RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">DIA MES AÑO</p> <p>HORA MINUTOS</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">MES AÑO</p>
--	--

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p>1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">SÓLO PARA REPOSO PARCIAL</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE </p>	<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA <u>Calle igualdad 999,</u></p> <p>Parral _____</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>73-637784</u></p>
---	---

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C A R R A S C O	M A R D O N E S	C A R M E N M A R I A	1 0 7 4 4 0 9 7 - 8
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
		E N D O C R I N O L O G Í A	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
<u>2-7548800/</u>	<u>Lira 85 piso 6, Santiago</u>	<u> </u>	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL	

Documento firmado electrónicamente

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 periodo 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.

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 001037151-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

0405876 MUNICIPALIDAD DE PARNAL

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

163130700-14 6347100 05092012

RUN

TELEFONO

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

PARNAL

COMUNA

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 18 LETRA (CAJA PREV)
- NOMBRE INT. PREV. A.F.P. PROVINA

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.

SEGURO DE DESEMPLEO

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

0111219316

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

15/01/2017

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

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

II. MUNICIPALIDAD DE PARNAL

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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 001037151-1

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 DOTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3053/90 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACIÓN 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 PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 88 UF)	MONTO	N° DÍAS
08	06	12			718.695.-		
08	07	12			718.695.-		
08	08	12			718.695.-		

% DESAHUCIO

	.	
--	---	--

Remuneración imponible previsional 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 PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 88 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 Isapra correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado 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
07	13	08	12	13	08	12
07	20	08	12	26	08	12

MUNICIPALIDAD DE PARRAL
JEFE DE PERSONAL

[Firma]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE