

DECRETO EXENTO N°: 4609 /

PARRAL, 12 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°38016400, presentada por don **ADELQUI MILLAR BRAVO**.-

DECRETO:


1.- **AUTORIZASE**, a Don **ADELQUI MILLAR BRAVO**, Jefatura Grado 9° E.M.R., por (02) Dos días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 10.09.2012., debiendo reasumir a sus funciones el día 12.09.2012.-

2.- **DESIGNASE**, como Jefe de Tránsito Subrogante, por los días señalados, al Sr. **JOSE NAVARRETE HERNANDEZ**, Administrativo, Grado 16° E.M.R.-

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.

SECCION C.: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 12/09/12

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: []

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETROLIOS 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 DOMESTICOS, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

OCCUPACION

11 = PERCUTIVO 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)

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

REGIMEN PREVISIONAL

2 = D.L. 3501 IND.
 2 = D.L. 3501 A.F.F.

CIENSO: D.3 LETRA (CAJA PREV.): []
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CUPRUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO APLICABLE A LA LEY N° 16.001.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO APLICABLE A LA LEY N° 16.001.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CUA: []

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador Afiliado a A.P.C. 2 = SI 1 = NO
 Comento de desvinculacion: 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/02/76 DIA MES AÑO
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/02/76 DIA MES AÑO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

D = A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPEP
 C = C.C.A.B.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-8

[] = A = SERVICIO DE SALUD
 B = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES QUE TRABAJAN EN EL SECTOR PUBLICO DEBEllenAR ESTE FORMULARIO EN LAS ENTIDADES QUE CORRESPONDA.
 LOS TRABAJADORES QUE TRABAJAN EN EL SECTOR PRIVADO DEBEllenAR ESTE FORMULARIO EN LAS ENTIDADES QUE CORRESPONDA.

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 (ART. 10 DEL N° 44, 1988) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|-----|------------|---|-----------|----------------------------------|------------|
| | MES | AÑO | N° DE DIAS | B | C | MONTO | N° DE DIAS |
| | | | | | | | |
| 03 | 06 | 12 | 30 | | 1.100.295 | | |
| 03 | 07 | 12 | 30 | | 1.100.295 | | |
| 03 | 08 | 12 | 30 | | 1.100.295 | | |

DESAHUCCO

Remuneracion imposible mes anterior inicio licencia medica (tipo III U.F.) o sea subsidio afiliado a A.P.C.

\$ []

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 2) 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 (ART. 10 DEL N° 44, 1988) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|-----|------------|---|---|----------------------------------|------------|
| | MES | AÑO | N° DE DIAS | B | C | MONTO | N° DE DIAS |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al despido o retiro, o sea que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamete trabajados.

CONTINUA

CONTINUA