



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

DECRETO EXENTO N°: 3351

PARRAL, 12 Jul 2013

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° **41555916** presentada por don (a) **PATRICIO FAUNDEZ NADER.**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN ALONSO DAMINO HERNANDEZ.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **PATRICIO FAUNDEZ NADER**, Contrata, CUATRO (04) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 09.07.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 13.07.2013.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



Alejandra Román Clavijo
ALEJANDRA ROMÁN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/ESP/epc.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-



Ivan Damino Hernández
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



Licencia Médica

La COMFIN, 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.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 41555916

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Feundez | APELLIDO MATERNO: Nader | NOMBRES: Petricio | CRO
 RUN: 6503335-2

FECHA EMISION LICENCIA: 09/07/13 | FECHA INICIO DE REPOSO: 09/07/13 | EDAD: 55 | SEXO: M

N° DE DIAS: 04 | N° DE DIAS EN PALETRAS: C U E T S O

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y juicio de adopción plena Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | NOMBRES: | RUN: | FECHA DE NACIMIENTO:

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 TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI, 2 = NO | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA, MES, AÑO | TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES, AÑO

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, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION - CALLE, N°, DEPTO., COMUNA: Valdivia, Calle 2000, Depto. Valdivia, Comuna.

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 753 8190

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: Villal | APELLIDO MATERNO: Lopez | NOMBRES: Astor | ESPECIALIDAD: 3 = MATRONA

RUN: 2360088-6 | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 2224005 | CORREO ELECTRONICO:

TELE: 461252 | FIRMA DEL TRABAJADOR:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MESES	DIA	MESES	DIA	MESES

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica
 que el servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de
 los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1 = SI | 2 = NO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-5 TELEFONO: 73-637219 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 09/07/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: AIECICHO 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).

16

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.

CODIGO: **2**

ENTIDAD PAGADORA: **98** (ETRA/CCMA/PRV)

NOMBRE INT. PREV: **Maria**

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

1

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAE: []

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: [] DIA [] MES [] AÑO
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: **01/01/07** DIA [] MES [] AÑO

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

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = CCAE
 D = EMPLEADOR

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **J. MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEPENDIENTE DE UN EMPLEADOR DEBEN REGISTRAR SUS RENTAS Y/O SUBSIDIOS EN LA COLUMNA DE LA LEY 18.834. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY 18.834. DEBEN REGISTRAR SUS RENTAS Y/O SUBSIDIOS EN LA COLUMNA DE LA LEY 18.834. ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A 3 MESES (ART. 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
	MES	AÑO	DÍAS	B	C	
	01	13	30		747.382	
	05	13	30		747.383	
	06	13	30		747.383	

% DESAHUCIO

[] , []

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$ 747.383

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TÍPO 3) SE DEBE LLENAR, ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A 3 MESES (ART. 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
	MES	AÑO	DÍAS	B	C	

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.

CONTINUA

CONTINUA