



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

DECRETO EXENTO N°: 3.412+

PARRAL, 19 Jul 2013

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confiere la ley N° 18.695 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°38119947, presentada por doña **GLADYS VASQUEZ BARRERA.**
- 4.- El Decreto Exento N°6071 de fecha 14.12.2012, que Delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal, Don **IVAN DAMINO HERNANDEZ**, Directivo Grado 6° E.M.R.-

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **GLADYS VASQUEZ BARRERA**, Planta, Técnico, Grado 14° E.M.R., por (03) Tres días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 10.07.2013., debiendo reasumir a sus funciones el día 13.07.2013.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ODEN DE LA SEÑORA ALCALDESA.-



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

IADH/APRC/EGP/gvb.

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal



Licencia Médica

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.

MINISTERIO DE SALUD

N°2- 38119947

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

V A S Q U J A	B A T E R E N A	G L A D I S						8	1	9	2	7	8	4	-	7
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN							

1	1	0	7	1	3
---	---	---	---	---	---

FECHA EMISION LICENCIA

1	0	0	7	1	3
---	---	---	---	---	---

FECHA INICIO DE REPOSO

5	2
---	---

EDAD

M	O	F
F		

SEXO

0	3
---	---

N° DE DIAS

T	r	e	s											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo 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								

FECHA DE NACIMIENTO																	

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/>	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
<input type="checkbox"/>	2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
<input type="checkbox"/>	3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
<input type="checkbox"/>	4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
<input type="checkbox"/>	5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
<input type="checkbox"/>	6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
<input type="checkbox"/>	7 = PATOLOGIA DEL EMBRAZO

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

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION

--	--	--	--

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/>	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
<input type="checkbox"/>	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 D' Hoggins 5
635-F, Paine

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) : _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

L A R R A I N	A M I G O	D A V I D					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			

1	3	8	9	5	6	5	7	-	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

82608924 Los Leones 1425 Providencia

FIRMA DEL TRABAJADOR

[Signature]

ESPECIALIDAD 1 = MEDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

Dr. Javier Larraín A.
13.895.657-1
Medico Cirujano.

NO ABRIR.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

--

MINISTERIO DE SALUD
PERSONAL
DE PARRAL

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
13	05	14	13	06	13
13	02	06	13	07	06
13	05	06	13	06	13
13	05	13	13	17	06
13					

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA 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 recepcionado el documento.

1 = SI
 2 = NO

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : 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: 69130700-4 TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 12/07/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: AICLOCHO Nº 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.

2

CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.): []
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. - CUTRUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

1

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAV: []

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/06/89

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/02/93

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

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-306/90 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 IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
03	04	13	30	B	C	D	E
03	05	13	30		585.290		
03	06	13	30		585.291		

% DESAHUCIO

[] , []

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (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 CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
				B	C	D	E

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