



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

DECRETO EXENTO N°: 3437

PARRAL, 19 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.
La Licencia Médica N° **41555919** presentada por don (a) **SOFIA VILLALOBOS MORALES.-**
- 4.- 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) **SOFIA VILLALOBOS MORALES**, Planta, Administrativo, Grado 13° E.M.R., por 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.



Alejandro Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/epc.
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- 41555919

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **VILLALBA** APELLIDO MATERNO: **NOZUELOS** NOMBRES: **Sofía E** RUN: **6097053-R**

FECHA EMISION LICENCIA: **09/07/13** FECHA INICIO DE REPOSO: **09/07/13** EDAD: **59** SEXO: **F**

N° DE DIAS: **04** N° DE DIAS EN PALABRAS: **CUATRO**

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: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ RUN: _____

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

HORA: _____ MINUTOS: _____

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: **Villa San Antonio**

TELEFONO PERSONAL O DE CONTACTO: **82443173**

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **VILLALBA** APELLIDO MATERNO: **TAPIA** NOMBRES: **Aurora**

RUN: **22360088-6** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **28995** CORREO ELECTRONICO: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: *Villalba*
 ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

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.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: _____

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES

1 = SI 2 = NO

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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 recepción del documento.

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: 10 07 13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Direccion Cho 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

OCCUPACION

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: 05 LEFRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INST. PREV.: HABITA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR DEL SECTOR PUBLICO MERCANTIL A LA LEY N° 18.334.
 2 = TRABAJADOR DEL SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.334.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE DEL SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

1

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAT: []

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador Afiliado a APC: 2 (1 = SI, 2 = NO)
 Contrato de duracion indefinida: 1 (1 = SI, 2 = NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 04 84 (DIA, MES, AÑO)

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 12 03 84 (DIA, MES, AÑO)

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

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

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

F = SERVICIO DE SALUD
 G = MUTUAL
 H = IMP
 I = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

Las remuneraciones del trabajador en los meses anteriores al inicio de la licencia médica deben reportarse al sistema de cotizaciones de la AFP correspondiente. En caso de haber trabajado en el extranjero, el trabajador debe declarar los ingresos percibidos en el extranjero.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO CASOS ASIGNALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.F. 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	DÍAS	IMPOSIBLE DESABUCIO PARA TRABAJADORES CORPORALES Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPOSIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (100 U.F.)	SUBSIDIO	A DÍAS
	09	13	30	B	681.935	D	E
	05	13	30		681.935		
	06	13	30		681.935		

% DESABUCIO

[] , []

Remuneracion imposible mes anterior inicio licencia medica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a APC.

\$ 681.935

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL PECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO CASOS ASIGNALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.F. 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	DÍAS	IMPOSIBLE DESABUCIO PARA TRABAJADORES CORPORALES Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPOSIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (100 U.F.)	SUBSIDIO	A DÍAS
				B		D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.