

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

DECRETO EXENTO N°: 3.501 -
PARRAL, 24 Jul 2013

VISTOS:

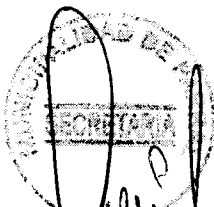
- 1.- Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- La Licencia Médica N° **41541688** presentada por don (a) **ANDREA ALVAREZ MUÑOZ.**
- 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.**
- 6.- El Decreto Exento N° 3459 de fecha 22 de Julio de 2013, mediante el cual se nombre Secretario Municipal Subrogante al funcionario **ADELQUI MILLAR BRAVO** a contar del 22 al 26 de Julio de 2013.

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **ANDREA ALVAREZ MUÑOZ**, Honorarios, CINCO (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 22.07.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.07.2013.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



ADELQUI MILLAR BRAVO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

IDH/AMB/EGP/gvb.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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° 2- 41541688

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Alvarez APELLIDO MATERNO: Mc Ido NOMBRES: Jordana RUN: 15826435-8

FECHA EMISION LICENCIA: 220713

FECHA INICIO DE REPOSO: 220713 EDAD: 28 SEXO: F

N° DE DIAS: 05 N° DE DIAS EN PALABRAS: cinco dias

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: _____ 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 _____

HORA: _____ MINUTOS: _____ 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: Dm Guiller-
mo pte 3 # 458, Poma
82107578.

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: Chambrens APELLIDO MATERNO: Galea NOMBRES: Zeika FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma] ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

RUN: 22952389-0 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: (3) 2757757 B, un 230 CORREO ELECTRONICO: Pronal Alacety

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIPO DE EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [Firma]
 MUNICIPALIDAD DE PARRAL PERSONAL

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ANO	MES	DIA	MES	ANO	DIA

1 = SI 2 = NO

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (REGISTRACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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 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.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUT			TELEFONO			FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR		
						DIA	MES	AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

--

COMUNA				CIUDAD				CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	
<input type="checkbox"/>	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.

OCUPACION	
<input type="checkbox"/>	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)

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

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">REGIMEN PREVISIONAL</th> </tr> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td>1 = D.L. 3501 INP 2 = D.L. 3500 AFP</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CODIGO</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE EST. PREV.</td> <td><input style="width: 100%;"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">LETRA (CAJA PREV.)</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </table>	REGIMEN PREVISIONAL		<input type="checkbox"/>	1 = D.L. 3501 INP 2 = D.L. 3500 AFP	CODIGO	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	NOMBRE EST. PREV.	<input style="width: 100%;"/>	LETRA (CAJA PREV.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CALIDAD DEL TRABAJADOR</th> </tr> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY Nº 18.334. 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY Nº 18.334. 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE. </td> </tr> </table>	CALIDAD DEL TRABAJADOR		<input type="checkbox"/>	1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY Nº 18.334. 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY Nº 18.334. 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">SEGURO DE DESEMPLEO</th> </tr> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td>1 = SI 2 = NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Trabajador Afiliado a AFP</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td>1 = SI 2 = NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Contrato de duración indefinida</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SEGURO DE DESEMPLEO		<input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO	Trabajador Afiliado a AFP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO	Contrato de duración indefinida	<input type="checkbox"/>
REGIMEN PREVISIONAL																										
<input type="checkbox"/>	1 = D.L. 3501 INP 2 = D.L. 3500 AFP																									
CODIGO	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>																									
NOMBRE EST. PREV.	<input style="width: 100%;"/>																									
LETRA (CAJA PREV.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>																									
CALIDAD DEL TRABAJADOR																										
<input type="checkbox"/>	1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY Nº 18.334. 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY Nº 18.334. 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.																									
SEGURO DE DESEMPLEO																										
<input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO																									
Trabajador Afiliado a AFP	<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO																									
Contrato de duración indefinida	<input type="checkbox"/>																									

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	DIA	MES	AÑO	FECHA CONTRATO DE TRABAJO	DIA	MES	AÑO
--	-----	-----	-----	---------------------------	-----	-----	-----

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MUTUAL DE REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7	
<input type="checkbox"/>	A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.F. D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6	
<input type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

--

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO QUE TRABAJAN PARA EL SECTOR PUBLICO DEBEN CONSIDERAR ANOS CORRESPONDIENTES A COMPAS C.D.L.F. CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE TRABAJAN PARA EL SECTOR PRIVADO CON VIRTUD DEL D.L. 3500-60 DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES Y/O COMPAS.

(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 DE LA LEY Nº 17.751)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORPUSCULAR Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MES	DÍAS
				A	B		

% DESAHUCIO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Remuneracion imposible mes anterior al inicio licencia medica (tope 60 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.	
\$ <input style="width: 60px;" type="text"/>	

(EN CASO DE LICENCIAS MATERIALES (TIPO 5) SE DEBE LLENAR TAMBIEN 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 DE LA LEY Nº 17.751)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORPUSCULAR Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MES	DÍAS
				A	B		

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al último 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.