

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

DECRETO EXENTO N°: 3510 - 1

PARRAL, **24 Jul 2013**

VISTOS:

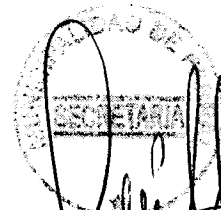
- 1.- Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- La Licencia Médica N° **41559189** presentada por don (a) **GISELLE AGURTO VILLAGRA.-**
- 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 Subrogante al Funcionario **ADELQUI MILLAR BRAVO** a contar Del 22 al 26 de Julio de 2013.

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **GISELLE AGURTO VILLAGRA**, 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/ESP/nba.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 41559189

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
AGUIRTO	VILLAGRA	GUISELLIE	16462708-K

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	EDAD	SEXO
220713	220713	26	F

N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALETRAS
05	CINCO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	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
 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 El Panal
Quercus # 473

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 93020518

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

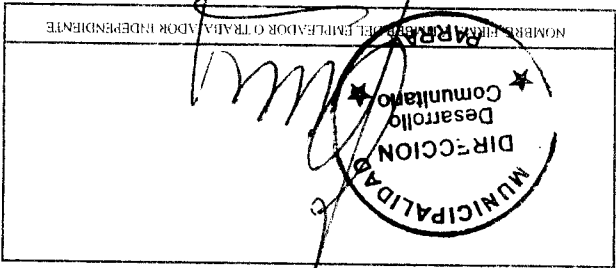
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD
QUIZ	BAJICUTAN	VICTOR	1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA

RUN: 10805658-5
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 22625-4
 CORREO ELECTRONICO: Aviha PINO 1081 Panal

TELE: 463774

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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

Form fields for identification: 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. Legend with categories: 0 = AGRICULTURA, 1 = MINAS, 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS, etc.

OCUPACION. Legend with categories: 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO, 12 = PROFESOR, 13 = OTRO PROFESIONAL, etc.

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

REGIMEN PREVISIONAL. Legend: 1 = D.L. 3504 INP, 2 = D.L. 3500 A.F.P. Includes CODIGO and NOMBRE fields.

CALIDAD DEL TRABAJADOR. Legend: 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834, 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834, etc.

SEGURO DE DESEMPLEO. Legend: 1 = SI, 2 = NO. Fields for Trabajador Afiliado a AFC and Contrato de duración indefinida.

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

Fecha fields (DIA, MES, AÑO) for first affiliation.

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

Fecha fields (DIA, MES, AÑO) for contract.

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7. Legend: A = SERVICIO DE SALUD, B = ISAPRE, C = CCAAF, D = EMPLEADOR.

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6. Legend: E = SERVICIO DE SALUD, F = MUTUAL, G = INP, H = EMPLEADOR.

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Name field for subsidy payer entity.

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR SUS PENSIONES EN LAS COLUMNAS C, D, E Y F (ANEXO CORRESPONDIENTE). LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN POR SUS MISMO Y QUE LOS TRASPASARON EN VIRTUD DEL D.L. 1.966/80 DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

Table for recording income and subsidies: INSTITUCION PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONEN LAS REMUNERACIONES, REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.L. N° 44, 1978), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL, % DESAHUCIO.

EN CASO DE LICENCIAS MATERNAS (TIPO 5) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Table for recording maternity leave information: INSTITUCION PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONEN LAS REMUNERACIONES, REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.L. N° 44, 1978), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL.

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.