



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

DECRETO EXENTO N°: 3.866 +

PARRAL, 13 AGO 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°40943302 de doña **JAQUELINE SILVA SALDIAS**.-
- 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:

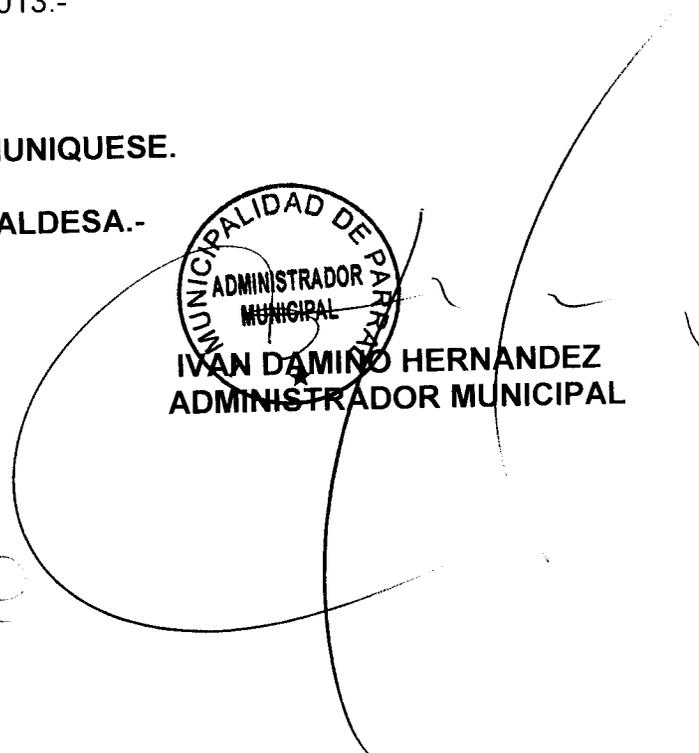
1.- **AUTORIZASE**, a Doña **JAQUELINE SILVA SALDIAS**, Jefatura, Grado 12° E.M.R, por Veinte (20) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 04.08.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 24 de Agosto del 2013.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ODEN DE LA SEÑORA ALCALDESA.-



ALEJANDRA ROMÁN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IADH/APRC/EGP/gvb.
DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal



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

N° 2 - 40943302

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SILVA | APELLIDO MATERNO: SOLA-AS | NOMBRES: VPAK 9V5 LRAE | RUN: 12 293 437 - 5
 FECHA EMISION LICENCIA: 020813 | FECHA INICIO DE REPOSO: 040813 | EDAD: 38 | SEXO: F
 N° DE DIAS: 20 | N° DE DIAS EN PALABRAS: VEINTE

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: | 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): *13 Ambarino*

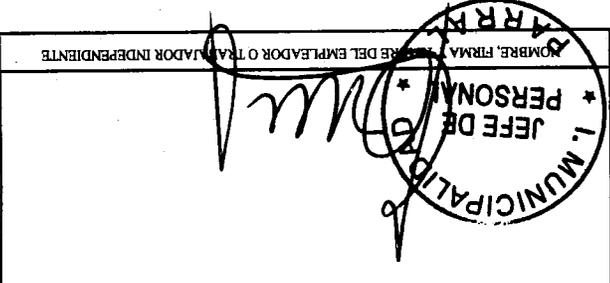
DIRECCION : CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA: *Mano negra 288*
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): *021 44*

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | NOMBRES: | FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Signature]*
 RUN: | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: | CORREO ELECTRONICO: *2834345*
2834345 | *Luzmila 113+* | *2834301*



NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	18 03 13	20 03 13
01	16 03 13	16 03 13
05	10 05 13	14 05 13
01	09 05 13	09 05 13
05	04 06 13	09 06 13
13	07 07 13	20 07 13
13	08 07 13	21 07 13
11	24 07 13	04 08 13

1 = SI
 2 = NO

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

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.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 - K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 05/08/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Dieciocho 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).

11

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: 03 LETRA (CAJA PREV.): []
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. Habitat

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

1

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

[] [] [] [] [] []

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/11/96

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/03/09

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

D

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

[]

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. 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. 1-3063/80 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. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E
05	05	13	30		735.290.-		
05	06	13	30		735.290.-		
05	07	13	30		735.290.-		

% 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. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			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