



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

DECRETO EXENTO N°: 4144 /

PARRAL, 27 AGO 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°**28668264**, del Sr. **CARLOS ALFREDO SOTO PALMA.**, Técnico, Grado 11°E.M.R.
- 5.- El Decreto Exento N°6071, del 14.12.2012., que Delega la firma Del Alcalde en el Administrador Municipal, **Don IVAN DAMINO HERNANDEZ**, Directivo, Grado 6° E.M.R.

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a don **CARLOS ALFREDO SOTO PALMA**, Técnico Grado 11° E.M.R., por Cuatro (04) días de Licencia Médica, a contar del 20.08.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 24.08.2013.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IADH/APRC/EGP/gvb.-
DISTRIBUCION:

- Archivo
- Personal.



GOBIERNO DE CHILE

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° 1 - 28668264

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SOTO PAZMA CANLOS ALFONSO 7876013 3

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

200813

FECHA EMISION LICENCIA

200813

FECHA INICIO DE REPOSO

56

EDAD

M

M 6 F

SEXO

04

N° DE DIAS

CUATRO

N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Ans. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 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 _____

Villa San Ambrosio PJA A - Clna 3.

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) *96094688*

[Firma]
 FIRMA DEL TRABAJADOR

1 = MEDICO
 2 = DENTISTA
 3 = NATRONA

ESPECIALIDAD

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASANO SAIVLVEOA NOON

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

12793141 A

RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRES, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma]

MUNICIPALIDAD DE PARRAL PERSONAL

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES
04	03	08	08	13	08

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.

1 = SI
 2 = NO

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

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 TRABAJADOR DEPENDIENTE:

SECCION C RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130200 K TELEFONO: 26377000 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 200813

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECLOCHO N° 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).

14

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.

SEGURO DE DESEMPLEO: -Trabajador Afiliado a AFC: 2 (1=SI, 2=NO), -Contrato de duración indefinida: 1 (1=SI, 2=NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/09/01 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/07/07

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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: 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. 1-3663/00 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
05	05	13	30	B	825.198	D	E
05	06	13	30		825.198		
05	07	13	30		825.198		

% 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
				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