



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

DECRETO EXENTO N°: 5.408 +

PARRAL, 25 Nov 2013

- 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° **37172309** presentada por don (a) **DORIS DURAN BUSTAMANTE.-**
- 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.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **DORIS DURAN BUSTAMANTE**, Planta, TRES (03) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 30.09.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 03.10.2013.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/nba.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-



Ivan Damino Hernandez
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 - 37172309

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: DURAN | APELLIDO MATERNO: GUSTAMANTE | NOMBRES: DORIS | RUN: 13375054-1

FECHA EMISION LICENCIA: 10/10/13 | FECHA INICIO DE REPOSO: 30/09/13 | EDAD: 34 | SEXO: F

N° DE DIAS: 03 | N° DE DIAS EN PALABRAS: TRES

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/12

APELLIDO PATERNO: MILLAR | APELLIDO MATERNO: DURAN | NOMBRES: GRACIELA BE | RUN: 24139101-6

A.3. TIPO DE LICENCIA

4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 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: [][][][][][]
 TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: 03/12

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: 3 = OTRO DOMICILIO
 1 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): DOMICILIO DEL PADRE

DIRECCION: CALLE: N°: DEPTO.: COMUNA: LOS OLIVOS 3033
 DP 514 MACUL

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 9822857

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: PINTO | APELLIDO MATERNO: SOTO | NOMBRES: ULIOCA MAR | ESPECIALIDAD: PEDIATRA | RUN: 6806709-14 | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 13203-9 | CORREO ELECTRONICO: upinto@cc.cl

1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

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 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.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	HASTA	DESDE	DIAS	HASTA	DIAS
24	13	07	13	31	13
20	13	08	13	30	13
21	13	08	13	29	13
10	13	23	09	02	10

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

1 = SI
 2 = NO

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

ILUSTR E MUNI CIPAL IDAD DE PARRA I

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 14/10/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: D I E C I O C H O N 20

COMUNA: PARRA I CIUDAD: PARRA I 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. 3504 INP.
 2 = D.L. 3500 AEP.

CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.): []

NOMBRE INT PREV: AFP Cupzon

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 DESEMPEÑO

-Trabajador Afiliado a AFC: 2 = SI, 2 = NO
 -Contrato de duración indefinida: 1 = SI, 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/07/02

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/12/08

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. MUNI CIPAL IDAD DE PARRA I

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANTIJORNONES EN LAS COLUMNAS C, D, E Y F CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE TRABAJAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.306/80 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
03	07	13	30	B	C	D	E
03	08	13	30		1.613.377		
03	09	13	30		1.619.624		
					1.623.299		

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

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.