



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

DECRETO EXENTO N°: 5521.1
PARRAL, 27 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° **42849550** presentada por don (a) **GABRIELA PEREIRA 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.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **GABRIELA PEREIRA MUÑOZ**, Contrata, Cinco (05) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 18.11.2013, debiendo reasumir a sus funciones el día 23.11.2013.


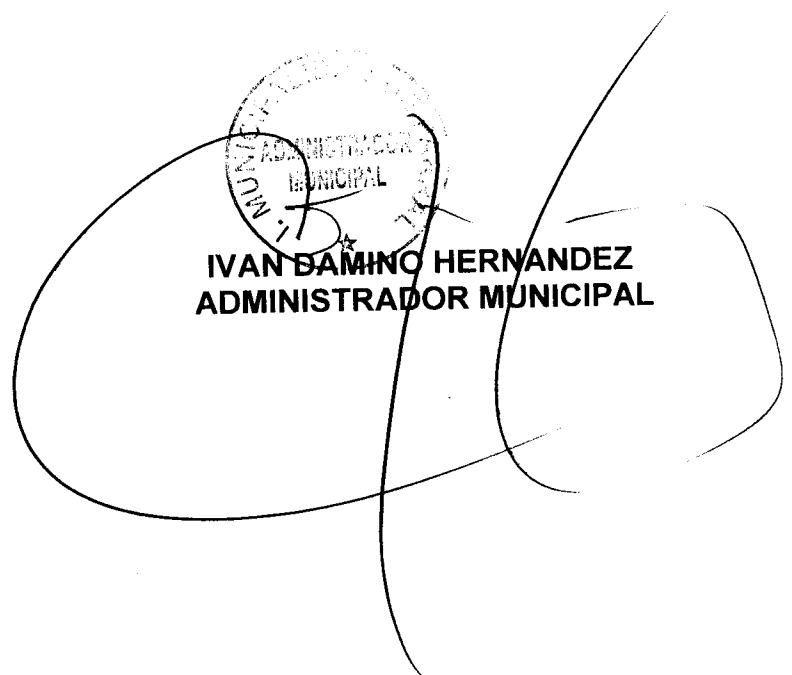
POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

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

N° 2 - 42849550

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|-----------|--|------|--|------------|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | | | | RUN | | | |
| FERRERA | | | | MUNOZ | | | | GASPAROLA | | | | 11083641-4 | | | |
| FECHA EMISION LICENCIA | | | | FECHA INICIO DE REPOSO | | | | EDAD | | SEXO | | | | | |
| 19/11/13 | | | | 18/11/13 | | | | 47 | | F | | | | | |
| N° DE DIAS | | | | N° DE DIAS EN PALABRAS | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | CINCO | | | | | | | | | | | |

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

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

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 V.H. S. de Maipo
Pre Licencias + Salud

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 88363758

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | | | | ESPECIALIDAD | | | |
| FERRERA | | | | MUNOZ | | | | GASPAROLA | | | | 1 | | | |
| RUN | | | | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | | | | CORREO ELECTRONICO | | | | FIRMA DEL TRABAJADOR | | | |
| 73-246222 | | | | Buenos dias | | | | salud | | | | [Firma] | | | |

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| TOTAL DIAS | | DESDE | | HASTA | |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| DIAS | MES | DIAS | MES | DIAS | MES |
| | | | | | |

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.

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.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARARA

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 20/11/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Dieciocho N 20

COMUNA: PARARA CIUDAD: PARARA

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).

16

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.

2

CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): []

NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA

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: 1 = SI, 2 = NO

-Contrato de duración indefinida: 1 = SI, 2 = NO

2

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 15/09/89

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 06/04/98

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: MUNICIPALIDAD DE PARARA

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 |
| 08 | 09 | 13 | 30 | B | 449.165 | D | E |
| 08 | 10 | 13 | 30 | B | 449.165 | D | E |
| 08 | 11 | 13 | 30 | B | 449.165 | D | E |

% 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