



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

DECRETO EXENTO N° : 243.1

PARRAL, 10 Ene 2014

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°42682000 de la Sra. **DORIS DURAN BUSTAMANTE**, Directivo, Grado 7°E.M.R.
- 5.- El Decreto Exento N°6071, del 14.12.2013., que Delega la firma Del Alcalde en el Administrador Municipal, **Don IVAN DAMINO HERNANDEZ**, Directivo, Grado 6° E.M.R.

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a doña **DORIS DURAN BUSTAMANTE**, Directivo, Grado 7° E.M.R., por (20) Veinte días, de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 06.01.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 26.01.2014.-

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

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 263A700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 06/01/14

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USU 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL

1 = DL 3501/SP
 2 = DL 3509/AFIP

2

CODIGO: 03 (TRABAJADOR PRIVADO)
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CUPNUM

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 INDEPENDIENTE DEL SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

1

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: 01/07/02

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/12/08

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

D
 A = SERVICIO DE SALUD
 R = ISAPRE
 C = CCAF
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: D. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

ESTE INFORME DEBE SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR O EMPLEADOR, SEGUN SU CASO, EN LA COLUMNA DE LA DERECHA CORRESPONDIENTE. EN EL CASO DE TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE CORRESPONDA DESAHUCIO, LOS TRABAJADORES DEBEN DEBE DEAR 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 INCAPACIDAD LABORAL (ART. 175)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DIA	A	B	D	E
03	10	13	30				
03	11	13	30		1.630.033.-		
03	12	13	30		1.633.537.-		
					1.638.662.-		

% DESAHUCIO

,

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (noe 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALS (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADYMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION EMPLEADORA	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES INCAPACIDAD LABORAL (ART. 175)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DIA	A	B	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

El COMPI, 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 - 42682000

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

TRABAJADOR AUTÓNOMO
 TRABAJADOR EMPLEADO

APELLIDO PATERNO: DURAN
 APELLIDO MATERNO: DURAN
 NOMBRES: DORA A.B. GARCIA
 RUN: 130151914-1

FECHA EMISION LICENCIA: 05/01/14
 N° DE DIAS: 30

FECHA INICIO DE REPOSO: 06/01/14
 EDAD: 35
 SEXO: F

N° DE DIAS EN PALABRAS: UN MES

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

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 NATAI
 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: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 HORA: [] [] [] [] MINUTOS: [] []
 TRAYECTO: SI, 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): *Trabajo*

DIRECCION - CALLE N° DEPTO. COMUNA: *V. San Gerónimo Pte 2 San Gerónimo*

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): *Parral*

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: Duran
 APELLIDO MATERNO: Garcia
 NOMBRES: DORA A.B. GARCIA
 RUN: 1027914-8
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: *1133*
 CORREO ELECTRONICO: *durand@parral.com*

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*
 ESPECIALIDAD: *Medico Dentista*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPI e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y FRENTE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: []

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
05	05/01/14	05/01/14
06	06/01/14	06/01/14
07	07/01/14	07/01/14
08	08/01/14	08/01/14
09	09/01/14	09/01/14
10	10/01/14	10/01/14
11	11/01/14	11/01/14
12	12/01/14	12/01/14
13	13/01/14	13/01/14
14	14/01/14	14/01/14
15	15/01/14	15/01/14
16	16/01/14	16/01/14
17	17/01/14	17/01/14
18	18/01/14	18/01/14
19	19/01/14	19/01/14
20	20/01/14	20/01/14
21	21/01/14	21/01/14
22	22/01/14	22/01/14
23	23/01/14	23/01/14
24	24/01/14	24/01/14
25	25/01/14	25/01/14
26	26/01/14	26/01/14
27	27/01/14	27/01/14
28	28/01/14	28/01/14
29	29/01/14	29/01/14
30	30/01/14	30/01/14

ART. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o haber correspondiente dentro de los 15 días hábiles siguientes de recepción del documento.

1 = SI
 2 = NO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.