



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

DECRETO EXENTO N°: 477. /

PARRAL, **24 Ene 2014**

- 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° **36133940** presentada por don (a) **MARIELA GAETE ORTIZ.-**
- 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.**
- 6.- El decreto Exento N° 323 de fecha 17.01.2014, que designa Secretario Municipal Subrogante a Don **VICTOR TRONCOSO OLIVARES.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **MARIELA GAETE ORTIZ**, Honorarios, DOS (02) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.01.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 25.01.2014.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



VICTOR TRONCOSO OLIVARES
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

IDH/VTO/EGP/nba.

DISTRIBUCION: Archivo Personal.-



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



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

MINISTERIO DE SALUD

N° 2- 36133940

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GAETE	ORTIZ	MARIELA DEL C.	14056678	0
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	

220114	230114		
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	EDAD	SEXO

02	DOS DIAS
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS

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	

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

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: V. Ua Don Matias
Psje 4 N° 733 Panel

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 90 689372

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Pereira	Orellana	María Isabel	2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD

RUN: 11288539-0
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____
 TELEFONO: 0742616137
 DIRECCION: 1 oriente N° 818 Bolu
 FAX: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA, INICIAL Y APELLIDO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
[Firma]

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

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.

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 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.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RUN	TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	
		DIA	MES AÑO
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR			
COMUNA	CIUDAD	CODIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR
<input type="checkbox"/> 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA. <input type="checkbox"/> 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS. <input type="checkbox"/> 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS. <input type="checkbox"/> 3 = CONSTRUCCION <input type="checkbox"/> 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA. <input type="checkbox"/> 5 = COMERCIO <input type="checkbox"/> 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES. <input type="checkbox"/> 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS. <input type="checkbox"/> 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES. <input type="checkbox"/> 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

OCUPACION
<input type="checkbox"/> 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO. <input type="checkbox"/> 12 = PROFESOR. <input type="checkbox"/> 13 = OTRO PROFESIONAL. <input type="checkbox"/> 14 = TECNICO. <input type="checkbox"/> 15 = VENDEDOR. <input type="checkbox"/> 16 = ADMINISTRATIVO. <input type="checkbox"/> 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL. <input type="checkbox"/> 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR. <input type="checkbox"/> 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL
<input type="checkbox"/> 1 = D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2 = D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> LETRA (CAJA PREV.) <input style="width:20px;" type="text"/>
NOMBRE INT. PREV. <input style="width:80%;" type="text"/>

CALIDAD DEL TRABAJADOR
<input type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834. <input type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. <input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF
<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>

SEGURO DE DESEMPLEO
<input type="checkbox"/> -Trabajador Afiliado a AFC <input style="width:20px;" type="text"/> 1 = SI <input style="width:20px;" type="text"/> 2 = NO
<input type="checkbox"/> -Contrato de duración indefinida <input style="width:20px;" type="text"/> 1 = SI <input style="width:20px;" type="text"/> 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL
<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>
DIA MES AÑO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7
<input type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> B = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6
<input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO
<input style="width:100%;" type="text"/>

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.L. 1-306/80 ADDEMAS 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

% DESAHUCIO <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$ <input style="width:80%;" type="text"/>
--

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

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