



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO

Departamento de Personal

PARRAL, 10 Feb 2015

DECRETO EXENTO N°: 1.407

VISTOS:

1. Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
2. El Decreto Exento N° 812, del 23.01.2015, que aprueba contrato de faena específica de la persona más abajo individualizada.
3. Licencia Médica N° 34449314, presentado por don (a) **MATIAS SOTO MONTECINO.**-

DECRETO:

1. **AUTORIZASE**, a don (a) **MATIAS SOTO MONTECINO**, Trabajador P.G.E, por Once días (11) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 06.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 17.02.2015.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Paula Retamal Urrutia
PAULA RETAMAL URRUTIA
ALCALDESA DE PARRAL

PRU/ARC/EGF/yaf.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
 C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69.130.700 K TELEFONO: 2637.700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 09 02 15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

PARRAL PARRAL

COMUNA CIUDAD 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
 10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
 12= PROFESOR
 13= OTRO PROFESIONAL
 14= TECNICO
 15= VENDEDOR
 16= ADMINISTRATIVO
 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL
 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
 19= OTRO (ESPECIFICAR)

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

REGIMEN PREVISIONAL

1= D.L. 3501 IPS
 2= D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO: 08 LETRA (CAJA 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

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC: 1= SI 2= NO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 12 05

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 10 14

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
 B= ISAPRE
 C= C.C.A.F
 D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
 F= MUTUAL
 G= ISL
 H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: SERVICIO DE SALUD

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES 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	11	14	30	B	C	D	E
08	12	14	30		250.000		
08	01	15	30		250.000		

% DESAHUCIO

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

(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
				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.



Licencia Médica

Nº 1-34449314

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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 A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SOTO MONTECINOS MARIAS
 APELLIDO MATERNO: []
 NOMBRES: 13246427 Y
 FECHA EMISION LICENCIA: 050215
 FECHA INICIO DE REPOSO: 060215
 DIA MES AÑO
 FECHA DE NACIMIENTO: []
 EDAD: 30
 SEXO: M
 Nº DE DIAS: 11
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: Once

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño 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 NIÑO 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: 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 DE REPOSO: ESTADIO
 CALLE: []
 Nº: 342, DPTO: []
 VILLA O POBLACION: []
 COMUNA: []
 TELEFONO: []
 CELULAR: 87372411
 CORREO ELECTRONICO: []

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PA: []
 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN 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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
[] []	[] []	[] []

Las remuneraciones informadas deben responder a los días efectivamente trabajados.

CONTINUA

CONTINUA