



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO

Departamento de Personal

PARRAL, 20 Mar 2015

DECRETO EXENTO N°: 2.721 /

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° 34318740, presentado por don (a) **CARLOS URRA CASTILLO.-**
4. Decreto Exento N° 5583, de fecha 24.09.2015, que designa como Alcalde Subrogante a Don Iván Damino Hernández.

DECRETO:

1. **AUTORIZASE**, a don (a) **CARLOS URRA CASTILLO**, Trabajador P.G.E, por Once días (11) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 16.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.03.2015.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



Alejandra Roman Clavijo
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



Ivan Damino Hernandez
IVAN DAMINO HERNANDEZ
ALCALDE DE PARRAL (S)

IDH/ARC/EGP/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: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 17/03/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 2100110

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 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	FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF - Trabajador Afiliado a AFC: 1= SI, 2= NO - Contrato de duración indefinida: 1= SI, 2= NO
---	---	--

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/08/87
 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	12	14	30	B	300.000	D	E
08	01	15	30	B	300.000	D	E
08	02	15	30	B	300.000	D	E

(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
			A	B	C	D	E

% DESAHUCIO

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

\$

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



Licencia Médica

Nº 1-34318740

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: UPPA CASTILLO
 APELLIDO MATERNO: CARLOS
 NOMBRES: ALBER
 RUN: 06678208-5
 FECHA EMISION LICENCIA: 17/03/15
 FECHA INICIO DE REPOSO: 16/03/15
 DIA: 16, MES: 03, AÑO: 15
 FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/52
 EDAD: 62
 SEXO: M
 Nº DE DIAS: 011
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: ONCE

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO: []
 APELLIDO MATERNO: []
 NOMBRES: []
 RUN: []
 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: []/ []/ []
 DÍA: [], 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 DE REPOSO: GUILLERMO DEL SOLAR
 CALLE: 55
 Nº: [], DPTO: BULLILLO
 VILLA O POBLACION: PARRAL
 COMUNA: []
 TELEFONO: []
 CORREO ELECTRONICO: []
 CELULAR: 09 67026416

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

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

APELLIDO PATERNO: LLAMOS YEVENES
 APELLIDO MATERNO: ROBERTO
 NOMBRES: MEDICO CIRUJANO
 ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA

RUN: 17045466-P
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 330740
 CORREO ELECTRONICO: []

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: AMIBAL PINO
 CALLE: []
 COMUNA: PARRAL

Nº: 125
 TELEFONO: []

FIRMA DEL TRABAJADOR: []
 FIRMA DEL PROFESIONAL: []
 Teléfono profesional: 77.045.466-9

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
AÑO: 15, MES: 03, DIA: 08	AÑO: 15, MES: 02, DIA: 25	7
AÑO: 15, MES: 03, DIA: 03	AÑO: 15, MES: 02, DIA: 25	5

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)