



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO

Departamento de Personal

PARRAL, 22 Ene 2015

DECRETO EXENTO N°: 745 /

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. Licencia Médica N° 34512407, presentado por don (a) **SERGIO YAÑEZ CANCINO.-**
4. Decreto Exento N° 199, de fecha 09.01.2015, que designa como Secretario Municipal Subrogante a Don Francisco Pinochet Romero.

DECRETO:

1. **AUTORIZASE**, a don (a) **SERGIO YAÑEZ CANCINO**, Trabajador P.G.E, por Catorce días (14) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 13.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.01.2015.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA



FRANCISCO PINOCHET ROMERO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

IDH/FPR/EGP/yaf.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.

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

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

69.130.700-K

2637700

20 01 2015

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

DIECIOCHO 720

PARRAL

PARRAL

213021
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
- 8 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
- A 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL

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

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. Sin Cotización

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
2 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SEGURO DE DESEMPEÑO

- Trabajador Afiliado a AFC 1= SI
2= NO

- Contrato de duración indefinida 1= SI
2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 06 94

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 12 05 14

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

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

A

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 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. I-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
	10	14	29		308.492		
	11	14	30		300.000		
	12	14	30		300.000		

% 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

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



Licencia Médica

Nº1- 34512407

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: Pañez APELLIDO MATERNO: Caucino NOMBRES: Sergio
 RUN: 6158076 M O F: K
 FECHA EMISION LICENCIA: 150115 FECHA INICIO DE REPOSO: 130115 DIA: 13 MES: 01 AÑO: 15
 FECHA DE NACIMIENTO: 251148 EDAD: 66 SEXO: M
 Nº DE DIAS: 14 Nº DE DIAS EN PALABRAS: catorce

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: _____ 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 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: _____ 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 DE REPOSO: _____

CALLE: 319 Nº: _____ DPTO: _____

VILLA O POBLACION: INES ARAGAY

COMUNA: PARRAL

TELEFONO: _____ CELULAR: 86208986

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

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

APELLIDO PATERNO: SOTO APELLIDO MATERNO: PONCE NOMBRES: ANGELICA

RUN: 15699323-P REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: 3 SUR COMUNA: PARRAL

ESPECIALIDAD: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

Nº: 0115 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

TELEFONO: 73 2464711

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11
15	15	11	11	11

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)

Trabajados.