



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

DECRETO EXENTO N°: 551 /

PARRAL, Febrero 25 del 2009.-

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.- La Licencia Médica N° **25093293**, presentada por Doña **EVA FLORES CANDIA**.-

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a doña **EVA FLORES CANDIA**, Administrativo, Grado 16° E.M.R., por Tres (03) días de Licencia Médica, a contar del 23.02.2009, debiendo reasumir a sus funciones el día 26.02.2009

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



EVA ORTEGA URRUTIA
SECRETARIA MUNICIPAL (S)




MIGUEL GONZALEZ ARCOS
JEFE DE PERSONAL (S)

DISTRIBUCION: Archivo, Personal, Administración.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARARAL

RUN: 69130700 TELEFONO: 637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 240209

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARARAL CIUDAD: PARARAL

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8 = 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.

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
 12 = PROFESOR.
 13 = OTRO PROFESIONAL.
 14 = TECNICO.
 15 = VENDEDOR.
 16 = ADMINISTRATIVO.
 17 = OBRERO, 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

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

CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.):
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.R. CUPAUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 16334.
 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 16334.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

-Trabajador Afiliado a AFC: 1 = SI, 2 = NO
 -Contrato de duracion indefinida: 1 = SI, 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 011197 (DIA, MES, AÑO) FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010599 (DIA, MES, AÑO)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7
 D = EMPLEADOR
 A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-8
 E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARARAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE TRABAJAN EN EL EXTERNO DEBEN REGISTRAR SUS REMUNERACIONES EN LA COLUMNA C. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE TRABAJAN EN EL INTERNO DEBEN REGISTRAR SUS REMUNERACIONES EN LA COLUMNA 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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.L. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESPUES DE LA INCAPACIDAD (C.C.P. MUNICIPAL Y PUEBLICO)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE DE U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
03	11	08		B	312.247.-	D	E
03	12	08		B	343.473.-	D	E
03	01	09		B	343.473.-	D	E

% DESAHUCIO

Remuneracion imponible por mes anterior (trick) menos (trick) (de 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR AJUSTAR EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.L. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESPUES DE LA INCAPACIDAD (C.C.P. MUNICIPAL Y PUEBLICO)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE DE U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según el caso de trabajadores dependientes o independientes, respectivamente. Las remuneraciones imputables deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

CONTINUA

CONTINUA



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

MINISTERIO DE SALUD

N° 2-25093293

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

FLORES	CANDIA	EVA DEL CARMEN	12186215	1
--------	--------	----------------	----------	---

APELLIDO PATERNO: FLORES
 APELLIDO MATERNO: CANDIA
 NOMBRES: EVA DEL CARMEN
 RUN: 12186215-1
 FECHA EMISION LICENCIA: 230209
 FECHA INICIO DE REPOSO: 230209
 EDAD: 36
 M O F: F
 SEXO: F
 N° DE DIAS: 03
 N° DE DIAS EN PALABRAS: TRES

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juego de adaptación para (Ley 18.867).

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 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

HORA: _____ MINUTOS: _____
 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: Queros Aes
410 Pout
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: CORDOVA
 APELLIDO MATERNO: CANTO
 NOMBRES: PATRICIA
 ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA
 RUN: 15378262-8
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____
 TELEFONO: 91383757

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIPO DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE

 Jefe de Personal Municipalidad de Parral
 2

DIAS	LEJOS	TRAYE	OTRO	TOTAL DIAS
00	00	00	00	00

EXPLICACION OBLIGATORIA (CON RESPALDO DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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. Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.