

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE FINANZAS

DF. 425
APC/lcd
18/11/2013

DECRETO ALCALDICIO No. 2.326
LITUECHE, 18 de Noviembre de 2013.

CONSIDERANDO:

- La Licencia Médica presentada por el funcionario municipal, don José Gabriel Echeverría Rubio, autorizada por el doctor Rodrigo Grez Gutierrez, que se adjunta.

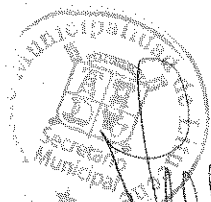
VISTOS:

El Decreto Alcaldicio No. 2.621, de fecha 06 de diciembre de 2012. Lo consagrado en el artículo 111° de la Ley No. 18.883, "Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales". Las facultades que me confiere la Ley No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Autoricé el uso de Licencia Médica, al funcionario municipal que se individualiza:
 - José Gabriel Echeverría Rubio, Administrativo de Planta Grado 16° E. M. 15 días. Desde el lunes 18 de noviembre del 2013 y hasta el lunes 02 de diciembre de 2013, ambas fechas inclusive.
- 2.- Remítase copia del presente Decreto a la unidad de Personal para su conocimiento y posterior archivo en la carpeta del funcionario individualizado.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



MARIA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO
Secretaría Municipal

RAE/MSOP/APC/lcd
Distribución

- Secretaría Municipal
- Carpeta Interesado
- Archivo



RENE ACUÑA ECHEVERRIA
Alcalde



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE FINANZAS

2326 / 425
18.11.13

ORD. : N° 1.793

ANT. :

MAT. : Remite licencia

LITUECHE, 20 de Noviembre 2013

DE : ANDRES PEREZ CORREA
JEFE DE FINANZAS (S) I. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

A : SRS. ISAPRE MASVIDA

El suscrito por medio del presente se permite remitir a Ud. Licencia Médica N° 3 002060278-3 de fecha 16 de noviembre de 2013, del funcionario Don José Gabriel Echeverría Rubio, Cédula Nacional de Identidad N° 10.604.896-7, para su tramitación y posterior cancelación a esta Municipalidad.

Se solicita girar cheque nominativo a nombre de la Ilustre Municipalidad de Litueche, y enviarlo a Cardenal Caro 796, Litueche o efectuar en un depósito a la cuenta corriente No. 38809000025 del Banco Estado.

Saluda atentamente a Uds.,


ANDRES PERES CORREA
Jefe de Finanzas (S)

RAE/MLH/APC/lcd

DISTRIBUCIÓN

- Srs. Isapre Masvida
- Archivo Dirección de Finanzas
- Archivo Carpeta Funcionario
- Archivo Oficina de Partes.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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



N° 3 002060278-3

2326
18.11.13

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

E C H E V E R R I A										R U B I O										J O S E G A B R I E L										1 0 6 0 4 8 9 6										7	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
1 6 1 1 2 0 1 3										1 8 1 1 2 0 1 3										4 4										M											
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO											
1 5										QUINCE																															
N° DE DÍAS										N° DE DÍAS EN PALABRAS																															

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR



A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
FECHA NACIMIENTO																																									

A.3 TIPO LICENCIA

☒ 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN ☐ 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	☒ 1 = SI ☐ 2 = NO	INICIO TRAMITE	☒ 1 = SI ☐ 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO ☐ 1 = SI ☐ 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

☒ 1 = REPOSO LABORAL TOTAL ☐ 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO 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) _____	
DIRECCIÓN: CALLE, N° DEPTO. COMUNA HERMANOS CARRERA 440, Lirioche	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-90157877	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G R E Z										G U T I E R R E Z										R O D R I G O A L E J										1 2 2 2 5 8 6 1										0	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
20757-8																				ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA										1											
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA											
8325147/										Ortuzar N, Melipilla										Documento firmado electrónicamente																					
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																					

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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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



N° 3 002060278-3

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ilustre Municipalidad de Litueche	
69091100	0
RUN	TELEFONO
Cardenal Caro	796
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)
Litueche	18112013
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
 3 = CONSTRUCCIÓN.
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
 5 = COMERCIO.
 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TÉCNICOS Y 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 = TÉCNICO.
 15 = VENDEDOR.
 16 = ADMINISTRATIVO.
 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO ☐ LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. AFD Hab. 1a

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO 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

29121989

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

29121989

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

☐ A = SERVICIO DE SALUD
☐ B = ISAPRE
☐ C = C.C.A.E.
☐ D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

☐ E = SERVICIO DE SALUD
☐ F = MUTUAL
☐ G = INP
☐ H = EMPLEADOR

Ilustre Municipalidad de Litueche

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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



N° 3 002060278-3

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AGUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.306/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACIÓN DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART 10 DFL N°44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A	B	C	D	E		
	05	13			464.706		
	06	13			464.706		
	07	13			464.706		
	08	13			464.706		
	09	13			464.706		
	10	13			464.706		

% DESAHUCIO

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 99 UF) para trabajador afiliado a AFC

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART 10 DFL N°44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A	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.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

☐ SI ☐ NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
05 días	29	07	13	02	08	13
15 días	03	08	13	17	08	13
07 días	18	08	13	24	08	13
03 días	13	11	13	15	11	13



NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE