



MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE EDUCACION

DE 810

22/10/13

RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO Nº 0 0 2 4 0 6
Litueche, 25 NOV 2013

VISTOS: El D.F.L. Nº 1-3.063/1980 del Ministerio del Interior sobre traspaso de los establecimientos educacionales; Lo señalado en el artículo 195 del Código del Trabajo, sobre permiso pagado por nacimiento de un hijo; lo dispuesto en el D.F.L. Nº 1 “Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación y sus posteriores modificaciones”; La ley 19.464/1996 que establece normas para el personal no docente de establecimientos educacionales y sus modificaciones; El DECRETO 3 de 1984, que aprueba reglamento de autorización de Licencias Médicas por la Compin e Instituciones de Salud Previsional, modificado mediante el decreto 168 del 2006; La ley Nº 16.744, Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales; La Ley Nº 19.345 que dispone de la ley 16.744 a trabajadores del sector publico; el artículo 12 de la Ley Nº 18.196, sobre reajustabilidad del subsidio por incapacidad laboral fuera del plazo legal; Decreto Alcaldicio Nº. 2.621, de fecha 06 de Diciembre del 2012, que asume Alcalde; y, lo dispuesto en la Ley Nº. 18.695, “Orgánica Constitucional de Municipalidades” y sus modificaciones posteriores.

CONSIDERANDO: Las Licencias médicas presentadas por los funcionarios municipales dependientes del departamento de educación, autorizadas y adjuntas.

DECRETO:

1.- CONCEDESE, el uso de las Licencias médicas de los siguientes funcionarios municipales del departamento de educación, que se individualizan a continuación.

Nombre Funcionario	C. Identidad	Cargo	Nº Licencia	Total Días	Desde	Hasta
Marisol Ortiz Quintanilla	13.775.183-6	A. Educación	42289484	05	21/10/13	25/10/13
Luis Villegas Vargas	09.232.737-k	Docente	42317457	12	21/10/13	01/11/13
César Jara Vargas	09.838.005-1	A. Educación	42307703	11	23/10/13	02/11/13
Cecilia Donoso González	08.259.684-4	Docente	1987917-8	30	25/10/13	23/11/13

2.- ENTREGASE, copia del presente decreto Alcaldicio a la habilitada de Educación para su devengamiento y la oportuna recepción de los montos correspondientes a licencias médicas.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



MARIA S. OLMEDO PIZARRO
Secretaria Municipal

RAE/MOP/RDD/sfm



RENE ACUNA ECHEVERRIA
Alcalde

DISTRIBUCION:

- Archivo DAEM
- Archivo Municipal



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas: reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984.

N° 2 - 42289484

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PELLIDO PATERNO	PELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ONTIA	QUINIMILLA	MANUEL	13775183
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	EDAD	SEXO
21/10/13	21/10/13	33	F
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS		
05	Cinco		

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

PELLIDO PATERNO	PELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	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 HIJO MENOR DE 1 AÑO	
☐ 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	
☐ 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL	
☐ 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ
☒ 1 = SI ☐ 2 = NO	☐ 1 = SI ☐ 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	
HORA MINUTOS	TRAYECTO
	☐ 1 = SI ☐ 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCION	

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

☒ 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
☐ 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SOLO PARA REPOSO PARCIAL	☐
LUGAR DE REPOSO	
☒ 1 = SU DOMICILIO	
☐ 2 = HOSPITAL	
☐ 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCION : CALLE N° DEPTO. COMUNA	
SOLUC. S.R. LITERO	
TELEFONO : PERSONAL O DE CONTACTO	
95904187	

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PELLIDO PATERNO	PELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE EMISION
LEILA	RAMA	OMAR	21/10/13
RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	
29281600	Dr. Ito Maria 309 El Monte		
TELEFONO	DIRECCION	FAX	FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO
21/10/13	21/10/14

FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO
21/10/13	21/10/14

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984.

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Nº 2- 42307703

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

1 ARA										VARGAS										CESAR										GONZA										9838005										1										
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUT																														
251013										FECHA INICIO DE REPOSO										231013										49										M																				
FECHA EMISION LICENCIA										DIA										MES										AÑO										EDAD										SEXO										
11										ONCE																																																		
N° DE DIAS										N° DE DIAS EN PALABRAS																																																		

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 juicio de adopción plena (Ley 18,867).

[illegible]

A.3. TIPO DE 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 DE INVALIDEZ ☐ 1 = SI
2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DÍA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO ☐ 1 = SI
2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERÍSTICAS 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.º DEPTO. COMUNA D. PRADO
1101 LTUECHE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ERAZO ESCOBAR MANUEL CINEBIA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD
 5260838 4 10016
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO
 28314155 ORIZABAL 491
 Dr. MANUEL ERAZO ESCOBAR
 5.260.838-1
 URGENCIA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

DEPARTAMENTO DE INGRESOS

*
KAYHON DONOSO DIAZ

INCLUIR FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	M/S	DIAS	M/S	DIAS	M/S
13	21	07	13	04	08
15	05	13	13	14	08
15	20	08	13	03	09
15	04	09	13	18	09
15	23	09	13	09	10
15	08	10	13	22	10
15					13

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

1. THE ORIGIN OF THE CONCEPT OF THE "TRAVELER'S DIARY"

ante el Servicio de Salud o la parte correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción el documento.

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 001987917-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

DONOSO										GONZALEZ										CECILIA DEL										8259684										4	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
23102013										25102013										57		F																			
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																			
30		TREINTA																																							
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 INVALIDEZ	2 = 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	1 = MAÑANA 3 = TARDE 2 = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA QUELENTARO 38.		
Litueche		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-97421229		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GREZ										GUTIERREZ										RODRIGO ALEJ										12225861										0	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
20757-8																				ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA										1		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD																					
8326147/										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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>

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 001987917-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE	
RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
RUN	TELEFONO
69091100-0	72-2051360
FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)	
23/02/13	
SECTOR QUELENTARIO	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	
LITUECHE	
COMUNA	CÓDIGO 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 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 = TECNICO.
- 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

☒ 1= D.L. 3501 INP.
☐ 2= D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO
LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE INT. PREV. <u>COPIUM</u>

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A 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

07/08/1988

24/08/1989

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6
☒ A = SERVICIO DE SALUD	☐ E = SERVICIO DE SALUD
☐ B = ISAPRE	☐ F = MUTUAL
☐ C = C.C.A.E	☐ G = INP
☐ D = EMPLEADOR	☐ H = EMPLEADOR
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



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 001987917-8

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 AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1. 3083/80 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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 99 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS	B	C	MONTO	N° DÍAS
	07	13	30		937.253		
	08	13	30		937.253		
	09	13	30		937.253		

% 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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 99 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS	B	C	MONTO	N° DÍAS

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)

☒ 1 = SI
☐ 2 = 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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
15	26	08	13	09	09	13
15	10	09	13	24	09	13
30	25	09	13	24	10	13

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS LITUECHE	
* RAMON DONOSO DIAZ	
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>