República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDÍA Nº 1.330 / 2018.-

ZAPALLAR, 12 de Marzo de 2018.-

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988 "Orgánica Constitucional de Municipalidades"; Decreto de Alcaldía N° 2.489/2016 de fecha 05 de Diciembre de 2016 del Tribunal electoral V Región Valparaíso que me nombra Alcalde de la Comuna de Zapallar.

CONSIDERANDO:

- Memorándum Nº 138/2018, de fecha 12 de Marzo de 2018, emitido por el Encargado de Recursos Humanos.

DECRETO:

CURSESE LICENCIA MÉDICA, de la funcionaria de la Municipalidad de Zapallar, que se individualiza, según detalle:

Nombre / Cargo	Nº Licencia	Nº días	Desde	Hasta
BRENDY ALARCON VICENCIO Administrativo	3-019280488-4	07	10.03.2018	16.03.2018

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REGISTRESE Y ARCHÍVESE.

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
SECRETARIO MUNICIPAL

G. ANTONIO MOLINA DAINE
Secretario Municipal

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
ALCALDE

GUSTAVO ALESSANDRI BASCUÑAN
Alcalde

C: RRHH / Licencia Médica.

DISTRIBUCION:
1.- RECURSOS HUMANOS.
2.- OFICINA DE TRANSPARENCIA.
3.- REGISTRO SIAPER.
4.- ARCHIVO: SECRETARIA MUNICIPAL.

CTL / SEC / foc.-

República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Recursos Humanos

DA. 1330.

MEMORANDUM N° 138/2018

ANT.: Elaboración de Decreto Alcaldicio

MAT.: Informa lo que indica

ZAPALLAR, 12 de Marzo de 2018

A : ANTONIO MOLINA DAINE
SECRETARIO MUNICIPAL

DE : JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Mediante el presente, solicito a usted decretar la siguiente Licencia Médica:

- Licencia Médica N° 3-019280488-4 de la Funcionaria **Brendy Bernardita Alarcón Vicencio,** Cédula de Identidad N° 10.100.093-1, Administrativa, por 07 días a contar del 10 de Marzo de 2018 hasta el 16 de marzo de 2018.

Saluda atentamente a usted,

MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
JEFE R.R.H.H.

JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Distribución
- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JCSL/maf

D.A. N° 1330
DE FECHA 12 MARZO

RECIBIDO
14 MAR 2018
SECRETARIA MUNICIPAL

MINISTERIO DE SALUD

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 019280488-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ALARCÓN	VICENCIO	BRENDY BERNA	10100093-1

FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
09032018	10032018	52	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
07	SIETE

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

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 (1 = SI, 2 = NO)

INICIO TRAMITE INVALIDEZ: 2 (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

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL: A = MAÑANA, B = TARDE, C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1

1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA 28 de marzo 149,
Zapallar

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-31050285

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MARCONE	OSORIO	GUILLERMO IG	11736786-K

REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
25615-3		MEDICINA GENERAL	1 (1 = MÉDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA)

TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL
33-2711890/	Camino La Hacienda 26, Zapallar	*Documento firmado electrónicamente*

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 dias hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo 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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 019280488-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
RAZON SOCIAL EMPLEADOR

69050400 - 6
RUN

33 2742000
TELEFONO

09032018
FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

GERMAN RIESCO 399 DEPTO. RECURSOS, ZAPALLAR
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

ZAPALLAR
COMUNA

CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICCULTURA 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

16

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

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

CÓDIGO 5 [ ] LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. HABITAT

CALIDAD DEL TRABAJADOR

3
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 2 1 = SI 2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO

01012012
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

01012012
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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

[ ]
E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

COMPIN
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES