República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDÍA Nº 219 / 2018.-

ZAPALLAR, 11 de Enero de 2018.-

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" Sentencia de Proclamación Rol N° 2489/2016, del Tribunal Electoral V Región Valparaíso, de fecha 5 de Diciembre de 2016, que me nombra Alcalde de la Comuna de Zapallar; D.S. Nº 13.063 de 1980, que aprueba traspaso de Servicios Públicos a la Municipalidad de Zapallar, las Postas Rurales de Zapallar y Catapilco; la Ley Nº 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; Decreto de Alcaldía N° 6.545/2017, de fecha 29 de Septiembre de 2017, que delega firma del señor Alcalde en el señor Administrador Municipal.

CONSIDERANDO:

- Memorándum Nº 31/2018, de fecha 11 de Enero de 2018, emitido por el Encargado de Recursos Humanos.
- Memorandum N° 19/2018 de fecha 11 de Enero de 2018, emitido por la Directora Departamento de Salud.

DECRETO:

CURSESE LICENCIA MEDICA de la funcionaria del Departamento de Salud que se individualiza:

Nombre / Cargo	Nº Licencia	Nº días	Desde	Hasta
ELIA PUEBLA TORREBLANCA Auxiliar de Servicio Departamento de Salud	3-018978973-4	02	11.01.2018	12.01.2018

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-

G. ANTONIO MOLINA DAINE
Secretaria Municipal

JORGE DE LA FUENTE SEPULVEDA
Administrador Municipal
"Por Orden del señor Alcalde"

C:SALUD/ Licencia Médica

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

CTL / SEC / pfc.

República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Recursos Humanos

MEMORANDUM N° 31/2018

ANT.: Elaboración de Decreto Alcaldicio

MAT.: Informa lo que indica

ZAPALLAR, 11 de Enero 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 Medica:

- Licencia Médica N° 3018978973-4de la Funcionaria **Elia Puebla Torreblanca,** Auxiliar de servicio Salud, Cédula de Identidad N° 9.565.330-8, por 02 días a contar del 11 de Enero de 2018 hasta el 12 de Enero de 2018.

Saluda atentamente a usted,

MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR

JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Distribución
- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JCSL/fco

Dº Aº Nº 219
de 11/01/2018

República de Chile
Municipalidad de Zapallar
Departamento de Salud

MEMO: **19/ 2018**

REF.: REMITE LICENCIA MEDICA

Zapallar, 11 de Enero de 2018

DE : VANESSA ACEVEDO CORDOVA
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD

A : CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO UNIDAD RECURSOS HUMANOS

Por medio del presente, adjunto remito a Ud. Licencia médica que se indica:

Funcionario	Función	Nº Licencia	Nº Días	Período Actual
Elia Puebla Torreblanca	Auxiliar de Servicio	3-018978973-4	02	11-01-2018 / 12-01-2018

Sin otro particular, le saluda atentamente.

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
DIRECTORA
DEPARTAMENTO DE SALUD

VANESSA ACEVEDO CORDOVA
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

1.- Unidad de Recursos Humanos
2.- Archivo: SALUD

MINISTERIO DE SALUD

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

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 018978973-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PUEBLA	TORREBLANC	ELIA DEL CAR	9565330 - 8

FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
11012018	11012018	55	F

Nº DE DIAS: 02

Nª DE DIAS EN PALABRAS: DOS

DEPARTAMENTO DE SALUD RRHH

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

11 ENE 2018

RECIBIDO

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: las Araucarias 48, Villa Nueva, Catapilco, Zapallar

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-81449567

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
VILLALOBOS	MERELLO	CARMEN VIRGI	6896309 - 5

REG. COLEGIO PROFESIONAL: 13702-2

CORREO ELECTRÓNICO:

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

TELÉFONO/FAX: 02-23858688/

DIRECCIÓN: Moisés Chacón N, Zapallar

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

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 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

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

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 018978973-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

69050400 - 6 332742000

RUN TELEFONO

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

GERMAN RIESCO 399

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

19

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).

Auxiliar de Servicio

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

LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. Provida

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2

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

FECHA PRIMERA AFILIACION 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

C

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

CAJA LOS ANDES

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 82-7146500

MINISTERIO DE SALUD

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

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 018978973-4

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- 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION 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 PERIODO 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E
	10	2017			574.577		
	11	2017			574.577		
	12	2017			870.580		

% DESAHUCIO

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 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 PERIODO 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 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)

☐ 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		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

I. MUNICIPALIDAD DE LAPAL
JEFE R.R.H.H.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

N° 3 018978973-4

Sucursal : Municipalidad de Zapallar - DESAM - CESFAM Zapallar
Fecha Otorgamiento : 11-01-2018 10:29 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : 690504006-ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR

ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR

1. Datos Profesional

Profesional	: VILLALOBOS MERELLO, CARMEN VIRGINIA
Rut	: 6896309-5
Especialidad	: MEDICINA GENERAL
Dirección	: Moisés Chacón N, Zapallar - Tel: 02-23858688

2. Datos Trabajador

Nombre	: PUEBLA TORREBLANCA, ELIA DEL CARMEN
Rut	: 9565330-8
Edad	: 55
Sexo	: Femenino
Tipo Licencia	: 1. Enfermedad o Accidente Común
Canal de contacto	: Teléfono 81449567

3. Datos Reposo

Fecha Inicio	: 11-01-2018	**Lugar**	: Domicilio
N° Días	: 2	**Dirección**	: las Araucarias 48, Villa Nueva, Catapilco, Zapallar
Fecha término	: 12-01-2018	**Teléfono**	: 09-81449567
Tipo	: Reposo Total		

4. Estado de la licencia

Estado	: Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación	: 11-01-2018 10:29 hrs.
Motivo Anulación	:
Motivo Rechazo	:
Motivo Devolución	:

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador	: 69050400-6
Fecha de Recepción	:
Fecha de envío a pronunciamiento	:

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Firma o timbre del empleador y fecha de recepción

Exija junto a este comprobante, una copia impresa de su licencia para ser presentada a su empleador.
Indícale a tu empleador que se adscriba para que pueda tramitar las próximas licencias en forma totalmente electrónica, este servicio es sin costo.
Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl con el siguiente código de verificación