



República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDÍA N°1.822 / 2019.-

ZAPALLAR, 10 de Abril de 2019.-

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley N° 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. N° 13.063 de 1980, que aprueba traspaso de Servicios Públicos a la Municipalidad de Zapallar, las Postas Rurales de Zapallar y Catapilco; la Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; Decreto de Alcaldía N°8.236/2018, de fecha 31 de Diciembre de 2018, que delega firma del señor Alcalde en el Administrador Municipal.

CONSIDERANDO:

- Copia de Licencia electrónica de fecha 09 de Abril de 2019, tramitada por Departamento de Salud.

DECRETO:

1° CURSESE LICENCIA MEDICA del funcionario del Departamento de Salud que se individualiza:

Nombre / Cargo	N° Licencia	N° días	Desde	Hasta
KITTIA ESCOBAR ORELLANA Matrona Departamento de Salud		42	07.04.2019	18.05.2019

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.,



G. ANTONIO MOLINA DAINE
Secretario Municipal



PAULINA MALDONADO PINTO
Administradora Municipal

"Por Orden del señor Alcalde"

DISTRIBUCION:

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

OTL / SEC / caf.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 027663408-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (ESCOBAR), APELLIDO MATERNO (ORELLANA), NOMBRES (KITITIA ELENA), RUN (13008484-2), FECHA OTORGAMIENTO (09042019), FECHA INICIO REPOSO (07042019), EDAD (43), SEXO (F), N° DE DIAS (42), N° DE DIAS EN PALABRAS (CUARENTA Y DOS).

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)

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA NACIMIENTO.

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type selection: 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. Includes fields for recuperability, start date, and conception date.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL. Includes options for partial rest (A=MAÑANA, B=TARDE, C=NOCHE), location (1=SU DOMICILIO, 2=HOSPITAL, 3=OTRO DOMICILIO), and contact information.

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form for professional identification: APELLIDO PATERNO (BUCKEL), APELLIDO MATERNO (GONZALEZ), NOMBRES (HANS ERWIN C), RUN (6222619-6), REG. COLEGIO PROFESIONAL (14286-7), ESPECIALIDAD (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA), TELÉFONO/FAX (2-6853663/), DIRECCIÓN (SANTA MARIA 500, Providencia).

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 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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 027663408-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 69050400 - TELEFONO: 6 33 2742000 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA): 09042019

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, 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

- 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).
- MATRONA _____

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 3 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. CUPRUM

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

01042015 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) 01042015 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

D

- 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

BANMEDICA NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 027663408-9

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)

Table with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DIAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44, 1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (MONTO, N° DIAS)

% DESAHUCIO
0 0

Remuneración imponible
previsional mes anterior inicio
licencia médica (tope 109.8
UF) para trabajador afiliado a
AFC

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

Table with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DIAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44, 1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (MONTO, N° DIAS)

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 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

Table with columns: TOTAL DIAS, DESDE (DIA, MES, AÑO), HASTA (DIA, MES, AÑO)

Documento firmado electrónicamente
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE