

DECRETO DE ALCALDÍA N° 1743 /2023

ZAPALLAR, 11 AGO 2023

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley N°18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades", Sentencia de Proclamación Rol N°299/2021, del Tribunal Electoral V Región Valparaíso de fecha 25 de junio de 2021, que me nombra Alcalde de la Comuna; Decreto de Alcaldía N°1.753/2021 de fecha 19 de agosto de 2021 que aprueba el cuadro de subrogancia del cargo alcalde en caso de ausencia. Decreto de Alcaldía N°1.539/2021 de fecha 29 de julio de 2021, que delega la facultad de firmar bajo la fórmula "Por Orden del Alcalde", modificado mediante D.A N°1.427/2022 de fecha 11 de mayo de 2023, Decreto de Alcaldía N°1769/2023 de fecha 13 de junio de 2023 delega la facultad para firmar bajo la fórmula "por orden del alcalde" aquellos decretos de alcaldía que autorizan licencias médicas, Decreto de Alcaldía N°2.393/2022 de fecha 23 de septiembre 2022, que aprueba cuadro de subrogancias de cargos directivos, jefaturas y encargados de unidades municipales.

CONSIDERANDO

Licencia médica n° de fecha 19 de julio de 2023.

DECRETO:

1° RATIFIQUESE Y CURSESE LICENCIA MÉDICA, de doña **JAQUELINE DIAZ BUSTAMANTE** de la Municipalidad de Zapallar, que se individualiza, según detalle:

Nombre / Cargo	N° Licencia	N° días	Desde	Hasta
JAQUELINE DIAZ BUSTAMANTE		15	18.07.2023	01.08.2023

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REGISTRESE Y ARCHÍVESE.,


Gerardo Antonio Molina Daine
Secretario Municipal


"Por orden del Sr. Alcalde"

C: RRHH / Licencia Médica.

DISTRIBUCION:

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

OTL / RRHH / SEC / DAF. -


V.P.C.

ZAPALLAR

CACHASUA

LA LAGUNA

CATAPILCO

BLANQUILLO

LA HACIENDA



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

D I A Z	B U S T A M A N T E	J A C Q U E L I N E A	1 1 7 2 8 7 1 1	4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
1 9 0 7 2 0 2 3	1 8 0 7 2 0 2 3	5 1	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
1 5	Q U I N C E			
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	<ul style="list-style-type: none"> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNA 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	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 1 = SI 2 = NO</td> <td style="width: 50%;">INICIO TRAMITE INVALIDEZ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 1 = SI 2 = NO</td> </tr> </table>	1 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ		2 1 = SI 2 = NO				
1 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ								
	2 1 = SI 2 = NO								
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">DÍA</td> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO					
DÍA	MES	AÑO							
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO								
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">MES</td> <td style="width: 25%;">AÑO</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	MES	AÑO						
MES	AÑO								

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	<ul style="list-style-type: none"> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL 						
	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE						
LUGAR DE REPOSO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td>1 = SU DOMICILIO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 = HOSPITAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 = OTRO DOMICILIO</td> </tr> </table>	1	1 = SU DOMICILIO		2 = HOSPITAL		3 = OTRO DOMICILIO
1	1 = SU DOMICILIO						
	2 = HOSPITAL						
	3 = OTRO DOMICILIO						
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____							
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>Pasaje Quebrada del Soldado</u> <u>casa 10, Villa Esmeralda, Zapallar</u>							
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-97553997</u>							

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A N D R A D E	E G E A	A N G E L I C A P A T	2 6 5 8 6 3 0 7	8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
522639		MEDICINA GENERAL		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
09-42352049/	Ventura Blanco Viel 1108, OF 7C., San Miguel			
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

FORMA PARA ENTREGAR



N° 3 089122580-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

 RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

 RUN

 TELEFONO

 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

 DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

 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. _____

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.

 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC: 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración Indefinida: 1 = SI
 2 = NO

 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

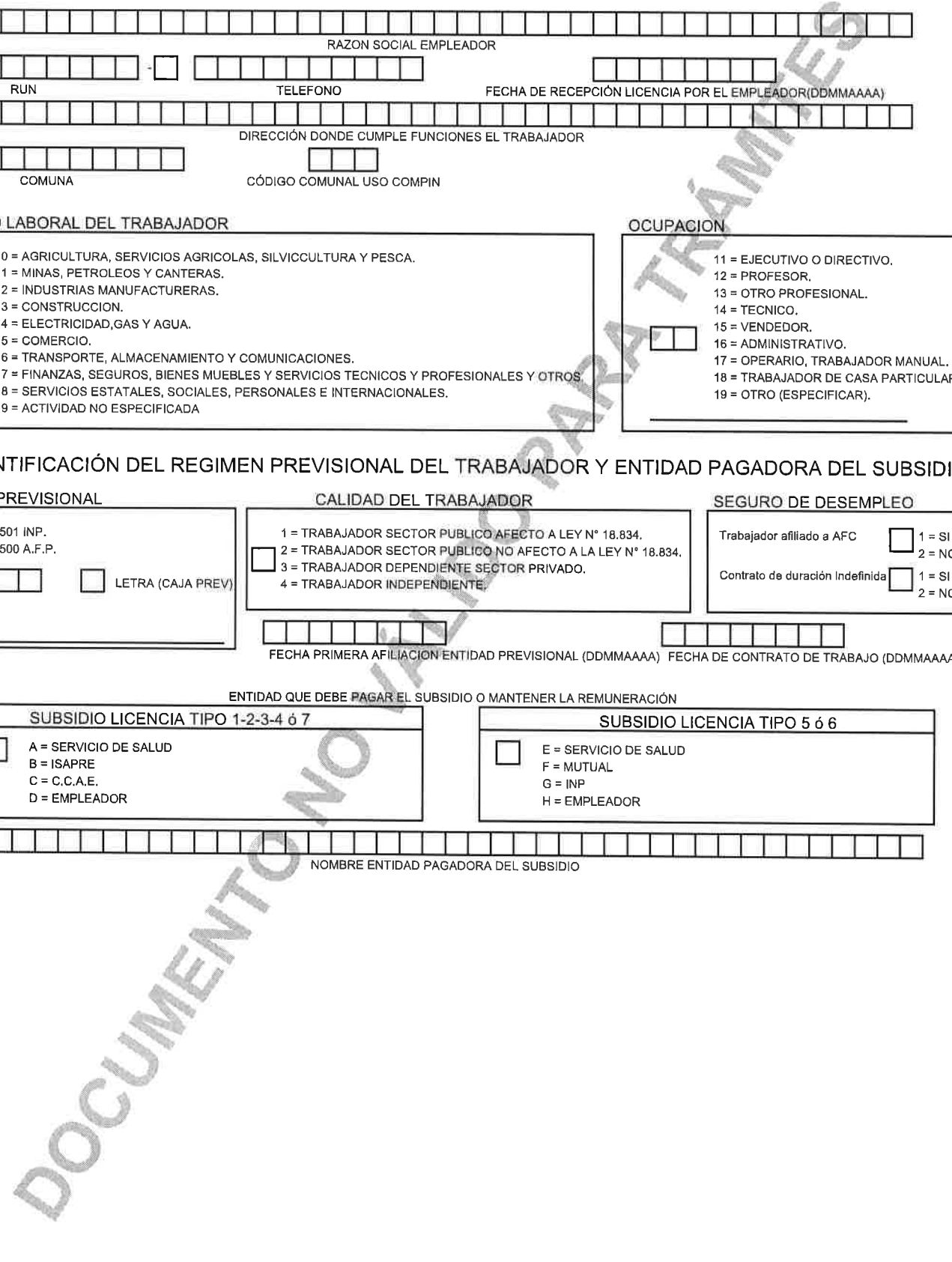
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A = 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

 NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO





Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

% DESAHUCIO	

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.5 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 73.2 UF)	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		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 089122580-6

Sucursal : SERVICIOS MEDICOS DERMATOLOGICOS Y ESTETICOS
ANGELICA PATRICIA ANDRADE - SERV. MED.
DERMATOLOGICOS Y ESTETICOS ANGELICA PATRICIA
ANDRADE

Fecha Otorgamiento : 19-07-2023 13:28 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : MUNI ZAPALLAR

1. Datos Profesional

Profesional : ANDRADE EGEA, ANGELICA PATRICIA
Rut : 26586307-8
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Ventura Blanco Viel 1108, OF 7C., San Miguel - Tel: 09-42352049

2. Datos Trabajador

Nombre : DÍAZ BUSTAMANTE, JACQUELINE ALEJANDRA
Rut : 11728711-4
Edad : 51
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 18-07-2023
N° Días : 15
Fecha término : 01-08-2023
Tipo : Reposo Total
Lugar : Domicilio
Dirección : Pasaje Quebrada del Soldado casa 10, Villa Esmeralda, Zapallar
Teléfono : 09-97553997

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 19-07-2023 13:28 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69050400-6
Fecha de Recepción : 19-07-2023
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **89122580-6** y código de verificación: **I-312aef**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.