

**DECRETO ALCALDICIO No.372**

**LITUECHE**, 04 de Marzo de 2013.

**CONSIDERANDO:**

- La Licencia Médica presentada por la funcionaria municipal, doña Elena Luisa González Vargas, autorizada por el doctor Alejandro Sáez Ceballos, que se adjunta.

**VISTOS:**

- El Decreto Alcaldicio No. 2.621, de fecha 06 de diciembre de 2012. Lo consagrado en el artículo 111° de la Ley No. 18.883, "Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales". Las facultades que me confiere la Ley No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

**DECRETO:**

- 1.- **Autorízase** el uso de **Licencia Médica**, a la funcionaria municipal que se individualiza:

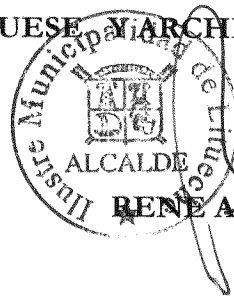
|                           |                                |                    |                  |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------|------------------|
| <b>Nombre Funcionario</b> | Elena Luisa González Vargas    | <b>Nº Licencia</b> | Nº 3 001355091-3 |
| <b>C. Identidad</b>       | 7.348.405-7                    | <b>Desde</b>       | 04 de Marzo 2013 |
| <b>Cargo - Grado</b>      | Jefe Finanzas grado 10°<br>E.M | <b>Hasta</b>       | 18 de Marzo 2013 |
| <b>Número de días</b>     | 15 días                        |                    |                  |

- 2.- Remítase copia del presente Decreto a la unidad de Personal para su conocimiento y posterior archivo en la carpeta de la funcionaria individualizada.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



**MARIA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO**  
Secretaría Municipal



**RENE ACUNA ECHEVERRIA**  
Alcalde



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
DEPARTAMENTO DE FINANZAS

ORD. : N° 377

ANT. :

MAT. : Remite licencia

LITUECHE, 06 de Marzo 2013

DE : SR. ADMINISTRADOR ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE


A : SRS. ISAPRE MASVIDA S.A.

El suscrito por medio del presente se permite remitir a Ud. Licencia Médica N° 3 001355091-3, de fecha 04 de marzo de 2013, de la funcionaria Doña Elena Luisa González Vargas, Cédula Nacional de Identidad N° 07.348.405-7, para su tramitación y posterior cancelación a esta Municipalidad.

Se solicita girar cheque nominativo a nombre de la Ilustre Municipalidad de Litueche, y enviarlo a Cardenal Caro 796, Litueche.

Saluda Atentamente a Uds.,



  
MARCOS LOPEZ HERRERA  
Administrador Municipal

RAE/MLH/lcd  
DISTRIBUCIÓN

- Srs. Isapre Mas vida S.A.
- Archivo Dirección de Finanzas
- Archivo Carpeta Funcionario
- Archivo Oficina de Partes.



# 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 001355091-3

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |  |                        |  |                     |  |  |  |                     |  |      |  |                                    |  |                  |  |
|--------------------|--|------------------------|--|---------------------|--|--|--|---------------------|--|------|--|------------------------------------|--|------------------|--|
| G O N Z A L E Z    |  |                        |  | V A R G A S         |  |  |  | E L E N A L U I S A |  |      |  | 7 3 4 8 4 0 5 - 7                  |  |                  |  |
| APELLIDO PATERNO   |  |                        |  | APELLIDO MATERNO    |  |  |  | NOMBRES             |  |      |  | RUN                                |  |                  |  |
| 0 4 0 3 2 0 1 3    |  |                        |  | 0 4 0 3 2 0 1 3     |  |  |  | 5 4                 |  | 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

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN<br><input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br><input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br><input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO<br><input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br><input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br><input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO |   |
| RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br>2 = NO   | INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI<br>1 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>DIA MES AÑO   | TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI<br>2 = NO                            |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>MES AÑO   |   |

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br><input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL  |  |
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA<br><input type="checkbox"/> B = TARDE<br><input type="checkbox"/> C = NOCHE                     |  |
| LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL<br><input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO<br><input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO |  |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____  |  |
| DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>eliodoro yañez 2087,</u>   |  |
| Providencia _____  |  |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>02-26480911</u>   |  |

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |  |  |  |                             |  |  |  |                       |  |  |  |   |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| S A E Z                  |  |  |  | C E B A L L O S             |  |  |  | A L E J A N D R O A N |  |  |  | 1 3 9 5 2 1 4 2 - 0   |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO         |  |  |  | APELLIDO MATERNO            |  |  |  | NOMBRES               |  |  |  | RUN   |  |  |  |
|                          |  |  |  |                             |  |  |  | OTRO                  |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO<br><input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA<br><input type="checkbox"/> 3 = MATRONA |  |  |  |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL |  |  |  | CORREO ELECTRÓNICO          |  |  |  | ESPECIALIDAD          |  |  |  | Documento firmado electrónicamente  |  |  |  |
| 8849436/                 |  |  |  | ELIODORO YAÑEZ, Providencia |  |  |  |                       |  |  |  | FIRMA PROFESIONAL   |  |  |  |
| TELÉFONO/FAX             |  |  |  | DIRECCIÓN                   |  |  |  |                       |  |  |  |   |  |  |  |

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.



# 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 001355091-3

### 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 66 UF) | MONTO                            | N° DÍAS |
|                                |   |      |         |  |   |                                  |         |
|                                | 09  | 2012 | 30      |  | 830.565   |                                  |         |
|                                | 10  | 2012 | 30      |  | 853.134   |                                  |         |
|                                | 11  | 2012 | 30      |  | 853.134   |                                  |         |
|                                | 12  | 2012 | 30      |  | 899.993   |                                  |         |
|                                | 01  | 2013 | 30      |  | 920.091   |                                  |         |
|                                | 02  | 2013 | 30      |  | 920.091   |                                  |         |

% DESAHUCIO

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Remuneración imponible provisional 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 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 66 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 |



# 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 001355091-3

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ilustre Municipalidad de Litueche

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

69091100 0

RUN

072-209800

TELEFONO

06022013

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

Cardenal Caro 796

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Litueche

COMUNA

CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, 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

8

#### 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).

11

#### 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.

Habitat

##### 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.

01021981

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

01021981

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

Ilustre Municipalidad de Litueche

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 001355091-3

Sucursal : CLÍNICA LAS LILAS - CLÍNICA LAS LILAS

Fecha Otorgamiento : 04-03-2013 13:33 hrs.

Entidad que se pronuncia : MASVIDA

Empleador : MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

## 1. Datos Profesional

Profesional : SAEZ CEBALLOS, ALEJANDRO ANDRES  
Rut : 13952142-0  
Especialidad : OTRO  
Dirección : ELIODORO YAÑEZ, Providencia - Tel: 8849436

## 2. Datos Trabajador

Nombre : GONZALEZ VARGAS, ELENA LUISA  
Rut : 7348405-7  
Edad : 54  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-03-2013 Lugar : Hospital  
N° Días : 15 Dirección : eliodoro yañez 2087, Providencia  
Fecha término : 18-03-2013 Teléfono : 02-26480911  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

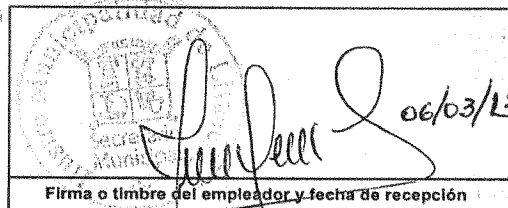
Estado : Otorgada Profesional  
Fecha Última Modificación : 04-03-2013 13:33 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69091100-0  
Fecha de Recepción :  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.



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](http://www.licencia.cl) con el siguiente código de verificación: **11a8fb**  
Centro de Atención a Usuario l-med al teléfono 02-7149500 o al correo [ime@i-med.cl](mailto:ime@i-med.cl)