

Decreto de PERSONAL

REF.: ASIGNASE A PERSONA EN REEMPLAZO,
ORDENA PAGO E IMPUTA GASTOS QUE INDICA.

DECRETO ALCALDICO N° 0126 /

TREHUACO, 05 MAR 2021

VISTOS:

El D.F.L. N° 1-3063, de 1980 del Ministerio del Interior, los Decretos Supremos que aprueban los Convenios de Traspasos de Establecimientos de Salud, la Resolución N° 55 del 31/01/1992, modificada por la Resolución N° 568, de 1993, de la Contraloría General de la República; el Decreto Alcaldicio N° 073 de fecha 13/04/1987, que crea el Departamento de Administración de Salud Municipal; el Decreto Alcaldicio N° 0560 de fecha 31/12/2020, que aprueba el Presupuesto de Salud para el año 2021 y las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Ley N° 19.378, de 1995, "Estatuto de Atención Primaria" modificada por la Ley 19.607, Licencia Médica N° 3 049319556-5 de fecha 01/03/2021 de la funcionaria Doña Carlina Sáez Cartes , TENS del CESFAM de Trehuaco, la cual será reemplazada por Doña Marisol Olave Medina y por razones de buen servicio.

DECRETO:

Establecimiento que señala:

NOMBRE	:	MARISOL IRENE OLAVE MEDINA
RUT	:	[REDACTED]
TITULO	:	Técnico en Enfermería de Nivel Superior
CATEGORIA	:	C
NIVEL	:	15
ESTABLECIMIENTO	:	CESFAM de Trehuaco
CARGO	:	TENS
JORNADA SEMANAL	:	11
FECHA DE INICIO	:	01.03.2021
FECHA DE TERMINO	:	15.03.2021
FIANZA	:	No tiene

2.- Impútese el gasto que demande el cumplimiento del presente Decreto al Subtítulo 21.03 "Otras Remuneraciones", con cargo al Presupuesto de Salud año 2021.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-

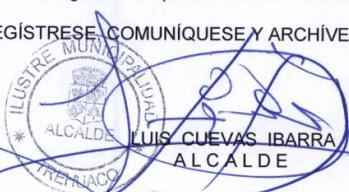


LUCY CARTES RAMIREZ
SECRETARIA MUNICIPAL

LCI/LCR/AV/VAE/mmb.-

Distribución:

- SIAPER
- Sra. Marisol Olave Medina
- Archivo Carpeta Funcionaria
- Archivo Depto. Finanzas Salud
- Oficina de Transparencia
- Archivo Secretaría Salud
- Archivo Decreto Alcaldicio



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 049319556-5

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

S A E Z	C A R T E S	C A R L I N A I N É S	7 0 5 7 6 0 - 0
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	
0 1 0 3 2 0 2 1	0 1 0 3 2 0 2 1	3 2	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
1 5	Q U I N C E	F	
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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 18.667)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
			-
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI			
	2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA	MES	AÑO
TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HORA MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI				
		2 = NO				
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A = MAÑANA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B = TARDE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> C = NOCHE</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA	<input type="checkbox"/> B = TARDE	<input type="checkbox"/> C = NOCHE
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA				
<input type="checkbox"/> B = TARDE				
<input type="checkbox"/> C = NOCHE				
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO			
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)				
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA				
<i>[Redacted]</i>				
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)				
<i>[Redacted]</i>				

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

B I E L	W A L K E R	E N R I Q U E	A L B E	7 0 5 7 6 0 - 0
APELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
34800		CIRUGÍA GENERAL		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
41-2796272/	Jorge Alessandri 2047, Hualpén	DIRECCIÓN		
TELÉFONO/FAX				

- 1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

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 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 FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 049319556-5

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. 1-308/80 ADÉMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.
(INFORMACIÓN 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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)			SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
		IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	
		MES	AÑO	Nº DÍAS	
34	12 2020 30	\$ 796.200		\$ 796.200	\$ 0
34	01 2021 30	\$ 653.478		\$ 653.478	\$ 0
34	02 2021 30	\$ 537.181		\$ 537.181	\$ 0

% DESAHUCIO
0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

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

537.181

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES	REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)			SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
		IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	
		MES	AÑO	Nº DÍAS	

La información debe
correspondiente 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
recibido el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	29	01	2021	27	02	2021
15	14	01	2021	28	01	2021

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>