

Decre. de PERSONAL

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

DECRETO ALCALDICIO 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:

1.- Nómbrase en calidad de reemplazo, en la Dotación del

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/LCRM/VAE/mmb.-

Distribución:

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

(1)
(1)
(1)
(1)
(1)
(1)
(1)



ALCALDE





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**

SAEZ				CARTE				CARLINA INÉS				[]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
01032021				01032021				32				F			
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD				SEXO			
15				QUINCE											
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 18.667)

[]				[]				[]				[]			
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	
1	
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO
INICIO TRAMITE INVALIDEZ	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[] [] [] [] DÍA MES AÑO
HORA MINUTOS	[] [] [] [] TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	[] [] [] [] MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BIEL				WALKER				ENRIQUE ALBE				[]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
34800								CIRUGÍA GENERAL				1			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
41-2796272/				Jorge Alessandri 2047, Hualpén				Documento firmado electrónicamente							
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN				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 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 FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 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. 1-3063/90 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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS	A	B		
34	12	2020	30		\$ 796.200	\$ 0	0
34	01	2021	30		\$ 653.478	\$ 0	0
34	02	2021	30		\$ 537.181	\$ 0	0

% DESAHUCIO
0 . 0

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

537.181

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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS	A	B		

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

TOTAL DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
30	29	01	2021	27	02	2021
15	14	01	2021	28	01	2021

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia
médica ante el Servicio de Salud o la parte
correspondiente, dentro de los tres días hábiles de
recepcionado el documento

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE