



Quillón, 18 JUL 2016

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Valeria Parada, Patricia Hernández, Rogers Jara, Adith Novoa, Joselyn Jara y Gabriela Bustamante.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio N° 472, de fecha 05 de Junio de 1996, que aprueba el Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quillón.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio N° 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 4828 de fecha 15 de Diciembre de 2015, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2016 del Departamento de Salud.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

DECRETO:

1. Acéptese licencia médica al o los funcionario (s) que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-35576969	Valeria Parada Placencia	[REDACTED]	Médico CECOSF	01	12/07/2016	12/07/2016	MAS VIDA
1-35577093	Patricia Hernández Krauss	[REDACTED]	Médico CESFAM	01	13/07/2016	13/07/2016	CONSALUD
1-35577026	Rogers Jara Contreras	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	13/07/2016	13/07/2016	FONASA
3-6835724	Adith Novoa Muñoz	[REDACTED]	Técnico Dental CESFAM	02	14/07/2016	15/07/2016	FONASA
1-32098180	Joselyn Jara Valenzuela	[REDACTED]	Kinesióloga CESFAM	02	14/07/2016	14/07/2016	FONASA
2-50667966	Gabriela Bustamante Ulloa	[REDACTED]	Psicóloga CESFAM	30	18/07/2016	16/08/2016	MAS VIDA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenerse la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

YLP/jsb.

15.07.2016

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Funcionario (a)



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



Licencia Médica

Nº1- 35576969

La COMPIN, la Subcomisión 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. Nº3/1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: PARADA APELLIDO MATERNO: PLACENCIA NOMBRES: VERONICA
 FECHA EMISION LICENCIA: 120716 FECHA INICIO DE REPOSO: 120716 DIA MES AÑO
 FECHA DE NACIMIENTO: 100682 EDAD: 30 SEXO: F
 Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____ DIA MES AÑO
 TRAYECTO: 1 1= SI 2= NO
 HORA MINUTOS: _____

FECHA DE LA CONCEPCION: _____ MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

LUGAR DE REPOSO: 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION DE REPOSO: _____

CALLE: _____
 Nº: _____ DPTO: _____

VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VAQUE NOMBRES: JORGE
 ESPECIALIDAD: MO 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

CALLE: FRANCISCO UNZUETA Nº: _____
 COMUNA: QUILLON TELEFONO: _____

COMUNA: _____ TELEFONO: _____

NO ABRA USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA	INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
25	10	04	2016
25	05	29	2016
35	30	03	2016
04	14	06	2016
05	20	06	2016
02	04	07	2016

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Licencia Médica

Nº 1-35577093

La COMPIN, la Subcomisión, 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 cambiario de total a parcial y viceversa. Art. 16 DS. Nº 3.1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: HERNANDEZ APELLIDO MATERNO: KRAUSS NOMBRES: PATRICIA
 FECHA EMISION LICENCIA: 140716 FECHA INICIO DE REPOSO: 130716 RUN: [REDACTED]
 Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO FECHA DE NACIMIENTO: 140688 EDAD: 28 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.857).

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI, 2= NO. INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI, 2= NO.

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA, MES, AÑO.

TRAYECTO: 1= SI, 2= NO. HORA MINUTOS.

FECHA DE LA CONCEPCION: MES, AÑO.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE.

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO.

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]

CALLE: [REDACTED]

DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED]

CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: MOLINA APELLIDO MATERNO: MUÑOZ NOMBRES: CYRITA AND ESPECIALIDAD: Medicina General
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] CORREO: [REDACTED]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA Nº: 159
 CALLE: [REDACTED] FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]
 COMUNA: AUT

NO ABAJA USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

TOTAL DIAS	DESDA	HASTA
03	04	07
03	15	06
05	10	06
02	02	06
01	11	05
03	28	03

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

INFORMACION DE LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



Licencia Médica

Nº 1-35577026

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: José Concha APELLIDO MATERNO: Rosario Alejandra NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA EMISION LICENCIA: 130410 FECHA INICIO DE REPOSO: 130410 DIA: 13 MES: 04 AÑO: 10
 Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: uno FECHA DE NACIMIENTO: 130683 EDAD: 33 M: 6 F: M SEXO: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales (Arts. 199 y 200 del C. Del. Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.857)

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI, 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI, 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA, MES, AÑO
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO
 HORA MINUTOS: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL: _____
 A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): 4
 DIRECCION: [REDACTED]
 CALLE: [REDACTED]
 Nº: [REDACTED]
 VILLA: [REDACTED]
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]
 ESPECIALIDAD: GRAL.
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]
 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

DIRECCION Y



NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

corresponder a los días efectivamente trabajados.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	08/04/2016	08/04/2016
01	09/04/2016	09/04/2016
02	30/04/2016	31/04/2016

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa Art. 16 D.S. No 3/1984.
 *** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



N° 3 FOLIO: 683572-4

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOVOA MUÑOZ ADITH ANA MARGARITA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 2 - CELULAR 62343637
 CANAL EMAIL DATO

FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO N DE DIAS N DE DIAS EN PALABRAS
 13 07 16 14 07 16 2 DOS
 Dia Mes Año Dia Mes Año

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un ano y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 1=Enfermedad o Accidente Comun
- 2=Prorroga Medicina Preventiva
- 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
- 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano
- 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
- 6=Enfermedad Profesional
- 7=Patologia del Embarazo

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total SOLO PARA REPOSO PARCIAL
 2=Reposo Laboral Parcial
 A=Manana
 B=Tarde
 C=Noche

RECUPERABILIDAD LABORAL 1=Si 2=No INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 2 1=Si 2=No

LUGAR DE REPOSO 1=Su Domicilio
 2=Hospital
 3=Otro Domicilio

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO TRAYECTO 1=Si 2=No

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE:N:DEPTO:COMUNA

FECHA DE LA CONCEPCION

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 9 - 62343637

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ SALAZAR MARCELO EDUARDO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

MEDICINA FAMILIAR 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona 20702 MARCELO1545@VTR.NET

ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

JUAN PAULINO FLORES 509 # QUILLÓN CHILE 422581945
 DIRECCION TELEFONO FAX

Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los tres habiles contados de la fecha de inicio del reposo
 Debera presentar la licencia medica dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de emision y dentro del periodo de vigencia
 Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984



SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Municipalidad de Salud Dpto. Salud NOMBRE		6.922.890-9 RUN	220-149 TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD	14-07-2016	
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR			OCUPACION		
<input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agricolas, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/> 1=Minas, Petroleos y Canteras <input type="checkbox"/> 2=Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> 3=Construccion <input type="checkbox"/> 4=Electricidad, Gas y Agua <input type="checkbox"/> 5=Comercio <input type="checkbox"/> 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones <input type="checkbox"/> 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Tecnicos, Profesionales y Otros <input type="checkbox"/> 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales <input type="checkbox"/> 9=Actividad No Especificada			<input type="checkbox"/> 11=Ejecutivo o Directivo <input type="checkbox"/> 12=Profesor <input type="checkbox"/> 13=Otro Profesional <input type="checkbox"/> 14=Tecnico <input type="checkbox"/> 15=Vendedor <input type="checkbox"/> 16=Administrativo <input type="checkbox"/> 17=Operario, Trabajador Manual <input type="checkbox"/> 18=Trabajador de Casa Particular <input type="checkbox"/> 19=Otro (Especificar) IPC - Letra A.S.		

C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: Letra (Caja Prev.) A Nombre Int. Prev.: HABITAT		CALIDAD TRABAJADOR <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834, <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador independiente		SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No	
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF Dia Mes Año		FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 13-04-1989		FECHA CONTRATO DE TRABAJO 13-04-1989	
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:					
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B=Isapre <input type="checkbox"/> C=C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D=Empleador			SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6 <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F=Mutual <input type="checkbox"/> G=INP <input type="checkbox"/> H=Empleador		
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES					



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984



C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector publico deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda. Los trabajadores del sector publico que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80 ademas deben registrar remuneraciones en la columna B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	04	2016			1.497.248		
	05	2016			1.035.240		
	06	2016			1.606.568		

% DESAHUCIO

13,29

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Ano	Dia	Mes	Ano
30	20	04	2016	29	04	2016
05	30	04	2016	05	05	2016



Art. 13 - El empleador debera presentar la licencia medica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente dentro de los tres dias habiles siguientes de recepcionado el documento.

DIRECCION GENERAL DE SALUD MUNICIPAL
FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

-----COMPIN-----FONASA-----
Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000
Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl



Licencia Médica

Nº 2 - 50667966

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº31984

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: DUBTA DIANTE GULLA BABILECA
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA INICIO DE REPOSO: 19/07/16
 FECHA EMISION LICENCIA: 30
 N° DE DIAS: 30
 N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA DIAS

RUN: [REDACTED]
 M.F: F
 FECHA DE NACIMIENTO: 27/05/83
 EDAD: 33
 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y Juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: [REDACTED]
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 RUN: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI / 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI / 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]
 HORA: [REDACTED] MINUTOS: [REDACTED]
 TRAYECTO: 1= SI / 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: 02/16
 MES: 02 AÑO: 16

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA / B= TARDE / C= NOCHE
 LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO / 2= HOSPITAL / 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]
 N°: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

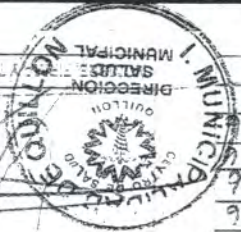
A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: NUÑO
 APELLIDO MATERNO: AGUIAR
 NOMBRES: SORCE FOLLO
 RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 18975-1
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
 CALLE: AV. VENTURA ROSSO
 COMUNA: CUILICAN

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]
 ESPECIALIDAD: 1= MEDICO / 2= DENTISTA / 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]
 TELEFONO: 2731977

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes al COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.
 1= SI
 2= NO



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
15	04/04/2016	04/04/2016
30	04/04/2016	04/05/2016
30	05/05/2016	04/06/2016
30	06/06/2016	05/07/2016

04 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES