



Quillón, 27 JUL 2016

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Álvaro San Martín, Isabel Cartes, Irene Morales y María Guevara.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio N° 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. N° 2.294/2015
- 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
1-35941295	Álvaro San Martín Correa	[REDACTED]	Odontólogo CESFAM	02	21/07/2016	22/07/2016	MAS VIDA
1-35576977	Isabel Cartes Andreu	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	01	25/07/2016	25/07/2016	FONASA
2-50664755	Irene Morales Garrido	[REDACTED]	Nutricionista CECOSF	03	25/07/2016	27/07/2016	FONASA
3-693359-9	María Guevara Rebolledo	[REDACTED]	Paramédico CESFAM	15	25/07/2016	09/08/2016	FONASA

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.


MARIA GABRIELA VALLEJOS LANDAUR
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
MINISTRO DE FE

YLF/jsb.

27.07.2016

DISTRIBUCIÓN:

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


V. PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

Licencia Médica

Nº1- 35941295

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. Nº93/1984.

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

SAN MARTIN CORREA ALVARO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
250716 FECHA INICIO DE REPOSO **210716** DIA MES AÑO
002 Nº DE DIAS **DOS** Nº DE DIAS EN PALABRAS

160974 FECHA DE NACIMIENTO **41** EDAD **M** SEXO

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 (Lay 18.857).

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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº CPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

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

HORA MINUTOS TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO

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)

HERNANDEZ KRAUSS PATRICIA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

GENICO GENERAL 1 ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO VUZEUTA
 CALLE

QUILLÓN
 COMUNA

159 Nº **4 22581630** TELEFONO
Patricia Hernández Krauss
 Médico General

NO ABRIL USO EXCLUSIVO CONTRAORA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]



TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HASTA
01	03	07	2016	03	07	2016	
02	03	07	2016	04	07	2016	
03	03	07	2016	05	07	2016	
04	03	07	2016	06	07	2016	
05	03	07	2016	07	07	2016	
06	03	07	2016	08	07	2016	
07	03	07	2016	09	07	2016	
08	03	07	2016	10	07	2016	
09	03	07	2016	11	07	2016	
10	03	07	2016	12	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 recepción del documento.

04. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Licencia Médica

Nº 1 - 35576977

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 cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. 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: CASTRO APELLIDO MATERNO: PUNZO NOMBRES: MARCELA
 FECHA EMISION LICENCIA: 200910 FECHA INICIO DE REPOSO: 25/10/10 DIA: 25 MES: 10 AÑO: 10
 N° DE DIAS: 01 N° DE DIAS EN PALABRAS: UNA
 RUN: [REDACTED] M: 6 F: 1
 FECHA DE NACIMIENTO: 12/03/85 EDAD: 25 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)

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____
 A.3. TIPO DE LICENCIA: _____ A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO: _____

- 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

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

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

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

CALLE: [REDACTED]
 N°: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]
 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

[Firma]
 FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VAQUE NOMBRES: JORGE ESPECIALIDAD: 1
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: DR. JORGE L. ESCALANTE VAQUE
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]
 CALLE: FRANCISCO OCHOA N°: _____
 COMUNA: BUINEL TELEFONO: _____

NO ABRIR USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
[Firma]

TOTAL DIAS	01
DESDE	14/03/2010
HASTA	15/03/2010

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 (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Licencia Médica

Nº 2 - 50664755

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, solicitarlo o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. 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

NORALES GARZUINO IRENE PILAR
 APELLIDO PATERNO: **NORALES** APELLIDO MATERNO: **GARZUINO** NOMBRES: **IRENE PILAR**
 FECHA EMISION LICENCIA: **200716** FECHA INICIO DE REPOSO: **200716**
 DIA: **003** N° DE DIAS EN PALABRAS: **TRES**

RUN: **200165** EDAD: **51** SEXO: **F**
 FECHA DE NACIMIENTO: **200165**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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: _____
 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: _____

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: _____
 CALLE: _____
 Nº: _____ DPTO: _____

VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

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

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

CARACCIOLI HERRERA EST
 APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: **CARACCIOLI HERRERA EST**
33560-6
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

MEDICO GENERAL
 ESPECIALIDAD: **MEDICO GENERAL** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **MANUEL BULNES**
 CALLE: _____

Nº: **073**

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

COMUNA: **BULNES**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

ESTE DOCUMENTO DEBE SER RECIBIDO Y ACREDITADO EN LA SUBCOMISIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS



FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE RECEPCION
2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25
2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25	2016 04 25

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

VALIDEZ EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



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: 693359-9

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GUEVARA	REBOLLEDO	MARIA CIPRIANA	<input type="checkbox"/>	61	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

2 - CELULAR	85051398
CANAL	DATO

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
<input type="text" value="25"/> <input type="text" value="07"/> <input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="26"/> <input type="text" value="07"/> <input type="text" value="16"/>	15	QUINCE
<small>Dia Mes Año</small>	<small>Dia Mes Año</small>		

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año 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 año
- 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
- 6=Enfermedad Profesional
- 7=Patologia del Embarazo

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="radio"/> 1=Reposo Laboral Total	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="radio"/> A=Manana
<input type="radio"/> 2=Reposo Laboral Parcial		<input type="radio"/> B=Tarde
		<input type="radio"/> C=Noche

RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="radio"/> 1=Si	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="radio"/> 2=No
-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="radio"/> 1=Su Domicilio
	<input type="radio"/> 2=Hospital
	<input type="radio"/> 3=Otro Domicilio

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO
	<input type="radio"/> 1=Si
	<input type="radio"/> 2=No

DIRECCION: CALLE,N,DEPTO,COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	SALAZAR	MARCELO EDUARDO	<input type="checkbox"/>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA FAMILIAR	<input checked="" type="radio"/> 1=Medico	20702	MARCELO1545@VTR.NET
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

JUAN PAULINO FLORES 509 # QUILLON CHILE

422581945

DIRECCION

TELEFONO

FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Este formulario debe ser presentado a su respectiva Unidad de Licencias Medicas o a la ISAPRE, en su caso, para su procesamiento y otorga el derecho a gozar de licencia medica por enfermedad grave o accidente del trabajo o del trayecto, segun corresponda, de acuerdo a lo establecido en el Art. 16 D.S. No 3/1984.



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

J. Municipalidad Quillon Dpto-ahel		61972850-9	2267146	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN	TELEFONO		
Fco. Urzuaeta ISA		Quillon	Quillon	26-7-16	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

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, 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)

Paramedico

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<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. HABIMT	1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. 3=Trabajador dependiente sector privado 4=Trabajador independiente	Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
Dia Mes Año [][][]	00-11-1981	01-11-1981
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:		
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6	
<input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	<input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP 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		% DESAHUCIO
	Mes	Año	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			3.522.022			11,27
	05	2016			1.022.795			
	06	2016			1.504.910			

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	Año	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			1=Si 2=No
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
14	16	05	2016	20	05	2016	
34	30	05	2016	12	06	2016	
02	16	06	2016	17	06	2016	
07	21	06	2016	27	06	2016	
14	29	06	2016	11	07	2016	
14	12	07	2016	25	07	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 a la recepción del documento.

IMPRESION Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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