I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN
****

DECRETO ALCALDICIO Nº 1208 /

Quillón, 07 ABR 2016

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Mariela Neira, Javiera Araya, Alfredo Cea, Cecilia Vásquez, Gabriela Bustamante, José Gonzalez, Yoselinne Soto, Jessica García y Estephany Osses.
- El Decreto Alcaldicio Nº 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio Nº 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio Nº 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley Nº 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 Nº 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:

Nº de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-35799401	Mariela Neira Ulloa	[redacted]	TENS CESFAM	01	01/04/2016	01/04/2016	FONASA
1-35576961	Javiera Araya Sepulveda		TENS CESFAM	01	01/04/2016	01/04/2016	FONASA
1-35577070	Alfredo Cea Villalobos		Químico CESFAM	03	01/04/2016	03/04/2016	CONSALUD
3-5964369	Cecilia Vásquez Asencio		Enfermera CECOSF	10	01/04/2016	10/04/2016	MAS VIDA
2-50377730	Gabriela Bustamante Ulloa		Psicóloga CESFAM	15	04/04/2016	18/04/2016	MAS VIDA
2-50873108	José González González		Conductor CESFAM	15	03/04/2016	17/04/2016	FONASA
3-88505670	Yoselinne Soto Becerra		Matrona CESFAM	15	04/04/2016	18/04/2016	MAS VIDA
1-3580151	Jessica García San Martin		TENS CESFAM	01	04/04/2016	04/04/2016	FONASA
2-43601837-0	Estephany Osses Díaz		Matrona CECOSF	03	06/04/2016	08/04/2016	COLMENA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenérsele la remuneración integra, 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.

I. MUNICIPALIDAD SECRETARIO MUNICIPAL QUILLÓN

EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

I. MUNICIPALIDAD ADMINISTRADOR MUNICIPAL QUILLÓN

VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
05.01./2016

DISTRIBUCIÓN:

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

Licencia Médica

Nº1- 35799401

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. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia medica 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M ó F
NEIRA	ULLOA	MARIELA ALEJANDRA	[redacted]	F

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO DIA	MES	AÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
040416	01	04	16	070389	27	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
01	UN DIA

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	FECHA DE NACIMIENTO	RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1
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 → 1
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI, 2 = NO → 2

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

HORA MINUTOS

TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1
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 [redacted]

Nº [redacted] DPTO

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
SAN MARTIN	CORREA	ALVARO CIRUJANO DENTISTA		2

RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
[redacted]		alvarosmc@gmail.com

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE	Nº
FRANCISCO UNZUETA	159

QUILLOTA

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN © SAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA DIRECCION SALUD CENTRO DE SALUD

1= SI
2= NO

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 ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE DIA	MES	AÑO	HASTA DIA	MES	AÑO
01	30	12	2015	31	12	2015
02	28	12	2015	29	12	2015
01	23	11	2015	23	11	2015

trabajados.

Licencia Médica

Nº1- 35576961

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la SAPRE, 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 PUBLICO: 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ARAYA	SEPULVEDA	JAVIERA	[redacted]

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	M / F SEXO
01 04 16	01 04 16.	02 03 94	22	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
01	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	FECHA DE NACIMIENTO / 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

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

HORA MINUTOS

TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

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 [redacted]

Nº [redacted] DPTO

VILLA O P[redacted]

COMUNA

TELEFONO [redacted]

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 DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA
ESCALANTE	VALDEBENITO	JORGE	NO	1

RUN [redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE FRANCISCO ZUBIETA

COMUNA QUILLON.

Nº [redacted]

TELEFONO

JORGE ESCALANTE VALDE[illegible]

NO ABRIR: USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA COMPIN o SAPRES

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.
1= SI
2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
(INCORPORACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO

Licencia Médica

Nº 1- 35577070

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. Nº3/1984

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia medica 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 emision 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
CEA	VILLALOBOS	ALFREDO MAR	[redacted]

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	M/F SEXO
040416	010416	160286	30	M

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
03	TRES

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 adopcion plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	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

Marcado: 1

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)

HORA MINUTOS

TRAYECTO: 1 = SI / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION (MES AÑO)

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

Marcado: 1

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 [redacted]

CALLE [redacted]

Nº [redacted] DPTO

VILLA O POBLACION [redacted]

COMUNA

TELEFONO [redacted]

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 DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
MOLINA	MUÑOZ	CYRTA AND	Med. General	1

RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
[redacted]		cyrta.mm@gmail.com

Cyrta Molina Muñoz
Médico Cirujano

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE	Nº	FIRMA DEL PROFESIONAL
CESFAM QUILLON		[redacted]

COMUNA: QUILLON

NO ABRIR- USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

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.
1= SI
2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO	TOTAL DIAS
1	24	11	2015	22	12	2015	0
2	21	12	2015	22	12	2015	0

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.

4 000596 436098

*** OTORGADA PARA COTIZANTE: MAS VIDA

N° 3 FOLIO: 596436-9

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VASQUEZ	ASENCIO	CECILIA ALEJANDRA	[redacted]	40	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

2 - CELULAR		99591894
CANAL	EMAIL	DATO

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
04 (Dia) 04 (Mes) 16 (Ano)	01 (Dia) 04 (Mes) 16 (Ano)	10	DIEZ

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).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	FECHA DE NACIMIENTO

A.3 TIPO DE LICENCIA

7

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 (1=Si 2=No)

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (1=Si 2=No)

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO:

TRAYECTO: (1=Si 2=No)

FECHA DE LA CONCEPCION: 12 (Mes) 15 (Ano)

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 (1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial)

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: (A=Manana B=Tarde C=Noche)

LUGAR DE REPOSO: 1 (1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio)

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE-N-DEPTO-COMUNA [redacted]

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO [redacted]

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

BURGOS	CHILAN	ARMANDO MISAEL	[redacted]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1 (1=Medico 2=Dentista 3=Matrona)		ARMANDOMISAEL1@HOTMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

FRANCISCO RAMÍREZ N° 10, CHILLÁN # CHILLÁN CHILE
DIRECCION

0
TELEFONO FAX

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los tres dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debera presentar la licencia medica dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de emision y dentro del periodo de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo.

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.

4 000596 436098

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE	RUN	TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
I. Municipalidad de Quilpué Dpto. Salud	61.972.xxx-x	22[illegible]49		

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD
Fco. Urzúa 154	Quilpué	Quilpué

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

5

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)

Enfermera

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

REGIMEN PREVISIONAL

2

1=D.L. 3501 INP
2=D.L. 3500 A.F.P.

Codigo C Letra (Caja Prev.) A

Nombre Int. Prev. HABITAT

CALIDAD TRABAJADOR

1

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

SEGURO DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC: 1=Si 2=No

Contrato de duracion indefinida: 1=Si 2=No

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
Dia Mes Ano	01-01-2005	01-01-2005

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7

D

A=Servicio de Salud
B=Isapre
C=C.C.A.F.
D=Empleador

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6

F

E=Servicio de Salud
F=Mutual
G=INP
H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MAS VIDA

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.

4 000596 436098

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 corresponda 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
	01	2016			$ 932.059		
	02	2016			$ 726.819		
	03	2016			$ 726.819		

% DESAHUCIO: 3,27

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 corresponda 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 procede 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
01	23	12	2015	23	12	2015
15	09	02	2016	23	02	2016
15	24	02	2016	09	03	2016

MUNICIPALIDAD QUILLOTA CENTRO DE SALUD DIRECCION SALUD MUNICIPAL

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.

NOMBRE, 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 - 50377730

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. Nº3, 1984

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M o F
BUSTAMANTE	ULLOA	GABRIELA	[redacted]	F

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
02 04 16	04 04 16	07 05 83	32	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
15	QUINCE

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	FECHA DE NACIMIENTO	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

Tipo de licencia: 1

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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Tipo de reposo: 1 (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): Kinesiterapia

DIRECCION DE REPOSO: [redacted]

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 DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	
MENDIA	ZAMORA	NOEMI	TRAUMATOLOGA	1 (1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA)

RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
[redacted]	26716 - 3	[redacted]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE	Nº	
PEDRO AGUIRRE CERDA	30	[redacted]

COMUNA: CHI

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

	TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
1	15	23	12	2015	07	12	2015
2	11	03	01	2016	13	01	2016
3	02	15	01	2016	16	01	2016

(IMPRIMACION INDICADORA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1= SI
2= NO

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.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Licencia Médica

Nº 2 - 50873108

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. Nº3 /1984

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Contla	Gonzalez	Jese

RUN [redacted]

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	M ó F
04 04 16	03 04 16	09 06 68	47	M

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
15	Quince

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO
Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 195 y 200 del C. Del. Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	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

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)

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

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 [redacted]

CALLE [redacted]

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION [redacted]

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 DEL TRABAJADOR

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

NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA
Ivan Leonardo Gonzalez Felipe	TMT	1

[redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL -

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE Salas

Nº 548

COMUNA

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR, USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

DIRECCION SALUD MUNICIPAL PUDAHUEL

DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO	TOTAL DIAS
03	04	2016	07	04	2016	05
15	04	2016	29	04	2016	15

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.

1= SI
2= NO

A.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

MINISTERIO DE SALUD

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 008850567-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
SOTO	BECERRA	YOSELINNE AN	[redacted]

FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
04042016	04042016	33	F

N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS	FIRMA TRABAJADOR
15	QUINCE	*Documento firmado electrónicamente*

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

7

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 LABORAL: 1 (1 = SI, 2 = NO)

INICIO TRAMITE INVALIDEZ: 2 (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA ____ MES ____ AÑO ____

HORA ____ MINUTOS ____

TRAYECTO: ____ (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: MES 12 AÑO 2015

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA [redacted]

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
ESCALONA	MUÑOZ	JUAN	[redacted]

REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	1 (1 = MÉDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA)

TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL
81298773/	Dirección Jorge Alessandri 2047, Hualpén	*Documento firmado electrónicamente*

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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.

MINISTERIO DE SALUD

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 008850567-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUN

TELEFONO

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

COMUNA

CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICCULTURA 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

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).

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.

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.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC — 1 = SI, 2 = NO

Contrato de duración indefinida — 1 = SI, 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD

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 008850567-0

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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS				
	A			B	C	D	E
	01	2016			1.574.047		
	02	2016			1.574.047		
	03	2016			1.574.047		

% DESAHUCIO: 1,3 . 2,4

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS				
	A			B	C	D	E

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
15	16	11	2015	30	1	2016
32	01	02	2016	01	03	2016
16	02	03	2016	17	03	2016
04	21	03	2016	24	03	2016

MUNICIPAL DE SALUD CENTRO DE SALUD QUILLON DIRECCION SALUD MUNICIPAL

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.

Licencia Médica

Nº1- 35800151

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. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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

GARCIA SAN MARTIN JESSICA.

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

[redacted]

040416 — FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO 040416 (DIA MES AÑO)

310186 — FECHA DE NACIMIENTO

30 — EDAD

F — SEXO

01 — Nº DE DIAS

UNO —. — Nº DE DIAS EN PALABRAS

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 adopcion plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 — 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)

HORA MINUTOS

TRAYECTO: 1 = SI / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION (MES AÑO)

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 — 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 [redacted]

DPTO

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 DEL TRABAJADOR

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

BREVIS CARTES CARLA

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

MEDICO-CIRUJANO — ESPECIALIDAD

1. — 1= MEDICO / 2= DENTISTA / 3= MATRONA

[redacted] — RUN

34300 5 — REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

el.brevis@gmail.com — CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA — CALLE

159 — Nº

QUILPUE — COMUNA

[redacted]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DIRECCION SALUD MUNICIPAL QUILLOTA

	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
TOTAL DIAS 01	15	12	2015	15	12	2015

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1= SI / 2= NO

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.

trabajados.

Licencia Médica

La COMPIN, la Comisión 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.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2- 43601734

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M o F
OSSES	DIAZ	ESTEFANY INES	[redacted]	F

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO)	EDAD	SEXO
06 04 16	06 04 16	32	F

N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS
03	TRES

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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	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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO — **1**

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO — **2**

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

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

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) [redacted]

DIRECCION [redacted]

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
FUENTEALBA	CRUZ	RAUL	Medico Cirujano	1

RUN [redacted] — REGISTRO COLLEGIO PROFESIONAL: 37014 — CORREO ELECTRONICO: raulfuentealba@gmail.com — FIRMA DEL PROFESIONAL: RAUL FUENTEALBA CRUZ

TE: [redacted]

FIRMA DEL TRABAJADOR

NO ABRIR USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA COMPIN e ISAPRES

MUNICIPAL DE OVALLE DIRECCION SALUD

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA			DESDE			TOTAL DIAS
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	
16	04	08	16	04	06	03

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(NUMERACION CORRELATIVA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
2 = NO

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : 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.

Art. 14 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento, según corresponda.