

DECRETO ALCALDICIO N° 2592 /

Quillón, 02 AGO 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Álvaro San Martín y Pamela Lincovil.
- 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 Subroga.
- 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° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio N° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 17 de fecha 30 de Noviembre de 2016, del tribunal electoral Región del Bio-Bio, 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 licencias médicas de los funcionarios que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
3-16961247	Álvaro San Martín Correa	[REDACTED]	Odontólogo CESFAM	03	26/07/2017	28/07/2017	NUEVA MAS VIDA
3-16989683	Pamela Lincovil Nanco	[REDACTED]	Odontóloga CECOSF	15	31/07/2017	14/08/2017	BANMEDICA

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




VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
07.08.2017

DISTRIBUCIÓN:

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



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 016961247-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

SAN MARTIN				CORREA				ALVARO HERNAN				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
26072017				26072017				42		M					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
03		TRES													
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS													

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
FECHA NACIMIENTO															

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO [] [] [] [] [] [] DÍA MES AÑO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
HORA MINUTOS [] [] [] []	FECHA DE LA CONCEPCIÓN [] [] [] [] [] [] MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____
DIRECCIÓN: CALLE:Nº,DEPTO,COMUNA [REDACTED]	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) [REDACTED]	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ANWANDTER		BECKHAUS		PHILIPP ANDR		[REDACTED]	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN	
				Traumatología y Ortopedia		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD			
2-7548800/		CAMINO EL ALBA 12351, Las Condes		Especialidad		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN				FIRMA PROFESIONAL	

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.



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 016961247-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD QUILLUQUO DPTO SALUD
 RAZON SOCIAL EMPLEADOR
 RUN: 61972800-9 TELEFONO: 42-2767144 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA): 29/07/2017
 DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: FRANCISCO UZUETA 159
 COMUNA: QUILLUQUO CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN:

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 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).
Odontólogo

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.: CUPRUM

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): 21/03/2001
 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA): 21/03/2001

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: NUEVA MAS VIDA



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 016961247-1

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	04	2017			2.010.699		
	05	2017			2.015.965		
	06	2017			2.019.547		

% DESAHUCIO

1	1	.	4	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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS

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
30	04	02	2017	05	03	2017
30	06	03	2017	04	04	2017
30	05	04	2017	04	05	2017
02	06	07	2017	07	07	2017

MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
CENTRO DE SALUD
DIRECCIÓN SALUD MUNICIPAL

[Firma]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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 016989683-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

L I N C O V I L	N A N C O	P A M E L A O D E T	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 8 0 7 2 0 1 7	3 1 0 7 2 0 1 7	3 0	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
1 5	Q U I N C E		
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
[REDACTED]			
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 2 = SI / 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED] DIA, [REDACTED] MES, [REDACTED] AÑO

HORA MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO 1 = SI / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: [REDACTED] MES, [REDACTED] AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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): _____

DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA [REDACTED]

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) [REDACTED]

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S E G O V I A	C O L L I N S	D A V I D J O N A T H	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico	Traumatología y Ortopedia		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
02-90027713/	JOSE MIGUEL CARRERA 5728, San Miguel		<i>Documento firmado electrónicamente</i>
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 periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante 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 016989683-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD 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, 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 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).
Odonatologa

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. CARINAL

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

01082012

01082012

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

BANMEDICA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



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 016989683-6

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	04	2017			2.000.699		
	05	2017			3.736.753		
	06	2017			2.018.547		

% DESAHUCIO

1	1	.	4	4
---	---	---	---	---

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 UF) para trabajador afiliado a AFC

Empty box for AFC information

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS

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
30	20	03	2017	18	04	2017
30	19	04	2017	18	05	2017
14	19	05	2017	01	06	2017
15	02	06	2017	16	06	2017
15	17	06	2017	01	07	2017
30	30	06	2017	29	07	2017

MUNICIPALIDAD DE... CENTRO DE SALUD... DIRECCIÓN SALUD MUNICIPAL

[Handwritten Signature]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE