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

261623

DECRETO ALCALDICIO Nº 2400 /

Quillón, 14 JUL 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Jackeline Padilla, Rogers Jara, Cecilia Vásquez, Daniela Jeno, Adith Novoa, María Vega, Ariel Castillo y Lidia Pérez.
- El Decreto Alcaldicio Nº 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- 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° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 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 licencias médicas de los funcionarios que se señalan en la siguiente tabla:

Nº de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
1-37191055	Jackeline Padilla Romero	[redacted]	TENS CESFAM	02	10/07/2017	11/07/2017	FONASA
1-37192904	Rogers Jara Contreras		TENS CESFAM	03	10/07/2017	12/07/2017	FONASA
1-36639129	Cecilia Vásquez Asencio		Enfermera CECOSF	30	10/07/2017	08/08/2017	NUEVA MAS VIDA
2-54479951	Daniela Jeno Montero		Enfermera CECOSF	04	11/07/2017	14/07/2017	FONASA
1-37191053	Adith Novoa Muñoz		Tec. Dental CESFAM	03	12/07/2017	14/07/2017	FONASA
1-37191054	María Vega Valenzuela		Auxiliar CESFAM	03	12/07/2017	14/07/2017	FONASA
1-33952586	Ariel Castillo Orellana		Médico CESFAM	03	12/07/2017	14/07/2017	NUEVA MAS VIDA
3-16727049	Lidia Pérez Pérez		Paramédico CESFAM	30	13/07/2017	18/08/2017	NUEVA MAS VIDA

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 DE QUILLÓN SECRETARIO MUNICIPAL

EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN ADMINISTRADOR MUNICIPAL

RICARDO NEIRA ARIAS
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
13.07.2017

DISTRIBUCIÓN:

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

Licencia Médica Nº 1 - 37191055

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 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 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

PADILLA ROMERO JACKELINE [redacted]

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

FECHA EMISION LICENCIA: 110717
FECHA INICIO DE REPOSO: 10 07 17 (DIA MES AÑO)
FECHA DE NACIMIENTO: 10 11 88
EDAD: 28
SEXO (M ó F): F

Nº DE DIAS: 02
Nº DE DIAS EN PALABRAS: DOS

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)

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | 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 (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]

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)

OZZZZ GUAJARDO MIGUEL ANTONIO

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

ESPECIALIDAD: General

1 — 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

RUN: [redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL -

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Ma ... Hta Q...

NAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE QUILLON — CENTRO DE SALUD QUILLON — DIRECCION SALUD MUNICIPAL

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
05	03	03	2017	07	03	2017
03	05	04	2017	07	04	2017
04	10	04	2017	13	04	2017
01	22	05	2017	22	05	2017

corresponder a los días efectivamente trabajados.

Licencia Médica

Nº 1 - 37192904

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 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
JARA	CONTRERAS	ROGERS

RUN: [redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 11/07/17
FECHA INICIO DE REPOSO: 10/07/17 (DIA MES AÑO)
FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/83
EDAD: 34
SEXO (M ó F): M

Nº DE DIAS: 03
Nº DE DIAS EN PALABRAS: 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 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

Marcado: 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 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

Marcado: 1

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº

DPTO

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
CERON	GONZALEZ	CAMILA

RUN: [redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 34311 - 0

ESPECIALIDAD

1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA. Marcado: 1

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: HOSPITAL DE GULNES

Nº

COMUNA: GULNES

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

	DESDE			HASTA		
TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	15	03	2017	17	03	2017
05	24	03	2017	28	03	2017
01	01	04	2017	01	04	2017
03	31	03	2017	02	04	2017
01	21	06	2017	21	06	2017

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DIRECCION SALUD MUNICIPAL QUILLON

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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.

trabajador.

Licencia Médica

Nº 1 - 36639129

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
VASQUEZ	ASENCIO	CECILIA	[redacted]

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
10/07/17	10/07/17	03/02/76	41	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
30	TREINTA

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
CABEZAS	VASQUEZ	ALEJANDRA	20/09/16	25512571-0

A.3. TIPO DE LICENCIA

4

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) Teletón

DIRECCION DE REPOSO

[redacted]

CALLE

[redacted]

Nº DPTO

[redacted]

COMUNA

TELEFONO [redacted] CE

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	
LLANOS	VARGAS	NATALIA	Traumatol.	1

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

[redacted]
RUN

23779-5
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE	Nº
Los Acacios	1656

FIRMA DEL PROFESIONAL

Dra. Natalia Llanos V.
Médico Fisiatra

COMUNA	TELEFONO
San Pedro de la Paz	41 2709302

[redacted]

CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPAL DIRECCION DE SALUD

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

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
30	10	06	2017	09	07	2017
30	11	05	2017	09	06	2017
04	04	05	2017	10	05	2017
02	24	04	2017	03	05	2017
02	20	04	2017	26	04	2017
01	13	04	2017	14	04	2017

trabajados.

Licencia Médica

Nº 2 - 54479951

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 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 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

JENO MONTERO DANIELA ELOIS.
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES

RUN: [redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 11/07/17
FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO): 11/07/17
FECHA DE NACIMIENTO: 03/04/86
EDAD: 31
SEXO (M ó F): F

Nº DE DIAS: 004
Nº DE DIAS EN PALABRAS: CUATRO

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 (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)

[redacted]

CALLE

Nº [redacted]

DPTO

[redacted]

COMUNA

TELEFONO

CELULAR [redacted]

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

Daniela

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

ALEJANDRE VARGAS WELSON.
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES

ESPECIALIDAD

1 (1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA)

[redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 10068-4

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: CONSTITUCION
Nº: 1027

FIRMA DEL PROFESIONAL

COMUNA: CHILLAN
TELEFONO: 42 2436459

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD ... DIRECCION SALUD MUNICIPAL

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
02	25	05	2017	26	05	2017

Licencia Médica

Nº 1 - 37191053

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: NOVOA
APELLIDO MATERNO: NUÑEZ
NOMBRES: MARTINA ANA
RUN: [redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 11 07 17
FECHA INICIO DE REPOSO: DIA 12 MES 07 AÑO 17
FECHA DE NACIMIENTO: 14 06 69
EDAD: 48
SEXO (M ó F): F

Nº DE DIAS: 03
Nº DE DIAS EN PALABRAS: 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 adopción plena (Ley 18.867)

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

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 (marcado)

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
HORA MINUTOS
TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 (marcado)
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
VILLA O POBLACION: [redacted]
COMUNA: [redacted]
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: PEREZ
APELLIDO MATERNO: GUANTAMBEL
NOMBRES: MILTON
ESPECIALIDAD: General
1 (marcado) — 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

RUN: [redacted]
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: ARTURO PRAT
Nº: S-N
FIRMA DEL PROFESIONAL
COMUNA: S/n

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
10	01	03	2017	10	03	2017
05	13	03	2017	17	03	2017
02	30	05	2017	31	05	2017
01	23	06	2017	23	06	2017
03	05	07	2017	07	07	2017

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.

DIRECCION SALUD MUNICIPAL — CENTRO DE SALUD — MUNICIPALIDAD DE QUELLON

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

trabajados.

Ministerio de Salud

Licencia Médica

Nº 1 - 37191054

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: VEGA — APELLIDO MATERNO: VALENZUELA — NOMBRES: MARIA MERC

[redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 120717 — FECHA INICIO DE REPOSO: 120717 (DIA MES AÑO)

FECHA DE NACIMIENTO: 150178 — EDAD: 39 — SEXO: F

Nº DE DIAS: 03 — Nº DE DIAS EN PALABRAS: 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 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 (1 = SI, 2 = NO) — INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 (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

[redacted]

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

Maria Vega V
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: PEREZ — APELLIDO MATERNO: GUARTAMBEL — NOMBRES: MILNA

General
ESPECIALIDAD

1 (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)

[redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: ARNO PRAT — Nº: S-N

FIRMA DEL PROFESIONAL

COMUNA: SAN NICOLAS

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPAL DE QUILLON — CENTRO DE SALUD — DIRECCION SALUD MUNICIPAL

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
30	27	02	2017	28	03	2017
04	02	06	2017	05	06	2017
07	06	06	2017	12	06	2017
07	13	06	2017	19	06	2017

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

Licencia Médica

Nº 1-33952586

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 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 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

CASTILLO ORELLANA ANGEL PASCAL [redacted]

APELLIDO PATERNO — APELLIDO MATERNO — NOMBRES — RUN — M o F

110717 — FECHA INICIO DE REPOSO 120717 — 1001.84 — 33 — M

FECHA EMISION LICENCIA — DIA MES AÑO — FECHA DE NACIMIENTO — EDAD — SEXO

3 — tres días

Nº DE DIAS — 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 adopción plena (Ley 18.867)

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO — APELLIDO MATERNO — NOMBRES — 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 — 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 = SI, 2 = NO

HORA MINUTOS

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

[redacted]

VILLA O POBLACION

[redacted]

COMUNA

TELEFONO — CELUL [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)

Hinrichs Loosli Rodolfo Daniel — medicina integral — 1

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

APELLIDO PATERNO — APELLIDO MATERNO — NOMBRES — ESPECIALIDAD

[redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL — CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Los Tilos — 1259

CALLE — Nº

FIRMA DEL PROFESIONAL

Concepción — 41 2030648

COMUI

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

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

trabajados.

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 016727049-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PEREZ	PEREZ	LIDIA AGUSTI	[redacted]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	

10072017	13072017	67	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO

30	TREINTA	*Documento firmado electrónicamente*
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	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

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] 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 AÑO

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;Nº;DEPTO;COMUNA [redacted]

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) [redacted]

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

FAUNDEZ	VEGA	MANUEL IVAN	[redacted]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	

17879-9		Traumatología y Ortopedia	[1] 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	

41-2448944/	Dirección Jorge Alessandri 2047, Hualpén	*Documento firmado electrónicamente*
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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/

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 016727049-2

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I MUNICIPALIDAD QUILLOTA DPTO. SALUD

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

16972800-9 | 32-2203149 | 12072017

RUN | TELEFONO | FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

FRANCISCO VARGAS 159

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

QUILLOTA |

COMUNA | CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

[9]

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

[19]

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. 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. CAPITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

[1]

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

01/11/1991 | 01/11/1991

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

[D]

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.F.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

[F]

E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

NUEVA MAS VIDA

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.
Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/

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 016727049-2

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)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E
	04	2017			$ 584.642		
	05	2017			$ 067.535		
	06	2017			$ 584.642		

% DESAHUCIO: 11.44

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)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	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
02	02	03	2017	03	03	2017
05	13	03	2017	17	03	2017
01	31	05	2017	31	05	2017
04	09	06	2017	12	06	2017
30	13	06	2017	17	07	2017

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA ACEPTADO DE SALUD DIRECCION SALUD MUNICIPAL

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE