



DECRETO ALCALDICIO N° 3485/

Quillón, 17 OCT 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Álvaro San Martín, Javiera Araya, Ana Barrientos, Rogers Jara, Miguel Opazo, Susana Concha, Feride Henríquez y Patricia Huenopil.
- 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 Subroge.
- 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
2-55254096	Álvaro San Martín Correa	[REDACTED]	Odontólogo CESFAM	01	06/10/2017	06/10/2017	NUEVA MAS VIDA
1-37191249	Javiera Araya Sepúlveda	[REDACTED]	TENS CESFAM	02	10/10/2017	11/10/2017	FONASA
3-17926661	Ana Barrientos Flores	[REDACTED]	Matrona CECOSF	21	10/10/2017	30/10/2017	CONSALUD
1-37191138	Rogers Jara Contreras	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	11/10/2017	11/10/2017	FONASA
1-36347545	Miguel Opazo Uribe	[REDACTED]	Auxiliar CESFAM	02	11/10/2017	12/10/2017	FONASA
2-55257963	Susana Concha Acuña	[REDACTED]	Auxiliar CECOSF	03	11/10/2017	13/10/2017	FONASA
3-17938601	Feride Henríquez Fuentes	[REDACTED]	Odontóloga CECOSF	03	11/10/2017	13/10/2017	COLMENA
2-55254097	Patricia Huenopil Rocha	[REDACTED]	Auxiliar CESFAM	02	12/10/2017	13/10/2017	FONASA

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

14/10/2017

DISTRIBUCIÓN:

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



Licencia Médica

Nº 2 - 55254096

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

JAN MARTIN ODRIOA ALVARO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

10/01/74

FECHA INICIO DE REPOSO

06/10/74

DIA MES AÑO

01

Nº DE DIAS

UNO

Nº DE DIAS EN PALABRAS

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)

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

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

CALLE

Nº DPTO

MUNICIPIO

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

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

PANADA PLACENCIA MARINA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

38734-7

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

General

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PAULLINO PUCON

CALLE

COMUNA

SPR

Nº

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

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

1= SI
2= NO

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
ANO	MES	ANO	MES	
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02	2011	01	02
2011	03	2011	02	02
2011	04	2011	03	02
2011	05	2011	04	02
2011	06	2011	05	02
2011	07	2011	06	02
2011	08	2011	07	02
2011	09	2011	08	02
2011	10	2011	09	02
2011	11	2011	10	02
2011	12	2011	11	02
2011	01	2011	12	02
2011	02			



Licencia Médica

Nº 1 - 37191249

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 PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **ARAYA SEPULVEDA** APELLIDO MATERNO: **JAVIERA** NOMBRES: **[REDACTED]**
 FECHA EMISION LICENCIA: **10/10/14** FECHA INICIO DE REPOSO: **10/10/14** DIA: **10** MES: **10** AÑO: **14**
 N° DE DIAS: **02** N° DE DIAS EN PALABRAS: **2 DS**

RUN: **[REDACTED]** M o F: **F** SEXO: **F**
 FECHA DE NACIMIENTO: **03/03/94** EDAD: **29**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: **[REDACTED]**
 DIA: **[REDACTED]** MES: **[REDACTED]** AÑO: **[REDACTED]**
 HORA: **[REDACTED]** MINUTOS: **[REDACTED]** TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: **[REDACTED]**
 MES: **[REDACTED]** AÑO: **[REDACTED]**

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): **[REDACTED]**

DIRECCION DE REPOSO: **[REDACTED]**
 CALLE: **[REDACTED]** N°: **[REDACTED]** DPTO: **[REDACTED]**
 VILLA O POBLACION: **[REDACTED]**
 COMUNA: **[REDACTED]** TELEFONO: **[REDACTED]** CELULAR: **[REDACTED]**
 CORREO ELECTRONICO: **[REDACTED]**

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

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

APELLIDO PATERNO: **ESBALANDE YAVAR** APELLIDO MATERNO: **JONOR** NOMBRES: **[REDACTED]**
 RUN: **[REDACTED]** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **[REDACTED]**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **[REDACTED]**
 CALLE: **[REDACTED]**
 COMUNA: **[REDACTED]**

ESPECIALIDAD: **M5** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: **[REDACTED]**
 FIRMA DEL TRABAJADOR: **[REDACTED]**
 FIRMA DEL PROFESIONAL: **[REDACTED]**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: **[REDACTED]**
 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes de COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS	
ANO	MES	ANO	MES	DIA	
2014	08	2014	03	16	2
2014	09	2014	05	02	1
2014	09	2014	09	01	1
2014	09	2014	09	16	5
2014	10	2014	10	01	1
2014	08	2014	08	10	2

C A LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



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 017926661-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

B	A	R	R	I	E	N	T	O	S	F	L	O	R	E	S	A	N	A	M	A	R	I	A	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO					NOMBRES				RUN						
1	1	1	0	2	0	1	7	1	0	1	0	2	0	1	7	3	2	F						
FECHA OTORGAMIENTO							FECHA INICIO REPOSO							EDAD	SEXO									
2	1	VEINTIUNO																						
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

<input checked="" type="checkbox"/> 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[REDACTED] DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO
[REDACTED] HORA [REDACTED] MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCION	[REDACTED] MES [REDACTED] AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 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

M	A	L	D	O	N	A	D	O	A	D	O	J	A	R	A	M	I	L	L	O	D	A	N	I	E	L	A	A	L	E	G	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES				RUN										
REG. COLEGIO PROFESIONAL												CORREO ELECTRÓNICO												ESPECIALIDAD				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA				
02-23543148/												DIAGONAL PARAGUAY 319, Santiago												CIRUGÍA GENERAL				<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 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 017926661-K

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

J M U N , C I P A Q U I D A A D Q U I T U L O N D E P T O S A L U D A

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 61972800-9 TELEFONO: 922203149 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA): 12102017

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: FRANCISCO UNZUETA 159

COMUNA: QUITUQUEN CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN: 00

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA
1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
3 = CONSTRUCCIÓN.
4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO.
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

5

OCCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO
12 = PROFESOR
13 = OTRO PROFESIONAL
14 = TÉCNICO
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

19
Matrona

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: 01 4 LETRA (CAJA PREV): A

NOMBRE INT. PREV.: Habitar

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

3

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI
2 = NO

10062013

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

10062013

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

consaguad 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 017926661-K

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. N° 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B

(INFORMACIÓN 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°44.19/8)		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
	07	2017			1.099.241		
	08	2017			1.099.241		
	09	2017			1.622.413		

% DESAHUCIO

1	1	.	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°44.19/8)		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
3	06	09	2017	08	09	2017
15	03	08	2017	17	08	2017
7	24	07	2017	30	07	2017
7	17	07	2017	23	07	2017
1	19	07	2017	19	07	2017
3	11	04	2017	13	04	2017

MUNICIPALIDAD DE QUILÓN
DIRECCIÓN SALUD MUNICIPAL

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Licencia Médica

Nº 1 - 36347545

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art 16 D.S. Nº 3.1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: OPAZO
 APELLIDO MATERNO: URBIBE
 NOMBRES: MIGUEL ANGEL
 FECHA EMISION LICENCIA: 11/10/13
 FECHA INICIO DE REPOSO: 11/10/13
 Nº DE DIAS: 02
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: DOS

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 29/03/71
 EDAD: 46
 SEXO: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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: [REDACTED]
 TRAYECTO: 1 SI, 2 NO

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]
 MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

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

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

APELLIDO PATERNO: NOGUEIRA
 APELLIDO MATERNO: DIAZ
 NOMBRES: LUIS EDUARDO

RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 31453-6

ESPECIALIDAD

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: FERNANDEZ W. URBIBE

COMU: Chillan

Nº: 159

FIRMA

FIRMA DEL TRABAJADOR

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]



HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
11/10/13	11/10/13	2
11/10/13	11/10/13	2
11/10/13	11/10/13	2
11/10/13	11/10/13	3

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

sopabajas



Licencia Médica

Nº 2 - 55257963

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

APELLIDO PATERNO: **CONCHA** APELLIDO MATERNO: **ALONSO** NOMBRES: **SUSANA BEATRIZ**
 FECHA EMISION LICENCIA: **11/10/17** FECHA INICIO DE REPOSO: **11/10/17** RUN: **310767** EDAD: **30** 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= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

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

FECHA DE LA CONCEPCION: _____
 MES: _____ AÑO: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____
 CALLE: _____ 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

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

APELLIDO PATERNO: **PARRADA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALENIA**
 RUN: _____ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **38734-7**
 ESPECIALIDAD: **General** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____
 CALLE: **PAULINO FLORIT** Nº: **509**
 COMUNA: **Quilicura** **MEDICO CIRUJANO**
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE Y FIRMA Y NOMBRE 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 recepción del documento.

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
ANO	MES	ANO	MES	
2017	10	2017	10	1
2017	10	2017	10	1
2017	10	2017	10	1
2017	10	2017	10	2
2017	10	2017	10	1
2017	10	2017	10	1
2017	10	2017	10	3

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



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 017938601-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

HENRIQUEZ				FUENTES				FERIDE				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
11102017				11102017				28		F					
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)

[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
[REDACTED]															
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 <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI <input type="checkbox"/> 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[][] [][] [][][][]	DIA MES AÑO	
HORA MINUTOS	[][] [][]	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
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;N°;DEPTO;COMUNA [REDACTED]		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) [REDACTED]		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

VEGA		TORO		MANUEL ALEJA		[REDACTED]	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN	
00000				MEDICINA GENERAL		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD			
41-2796222/		Francesca Pedro de Valdivia 97, Concepción		DIRECCIÓN		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
TELÉFONO/FAX						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 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 017938601-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Municipalidad Quilón Depto Salud

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

61972800-9 92-2207149 12102017

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

Francisco Unzueta 159

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Quilón

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).
Ocaso 1069

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 01 4 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. Provida

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

01012017 01012017

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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

Colmena

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 017938601-1

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
	07	2017			6410.095		
	08	2017			1.283.597		
	09	2017			1.373.254		

% DESAHUCIO
11,45

Remuneración imponible previsual 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.

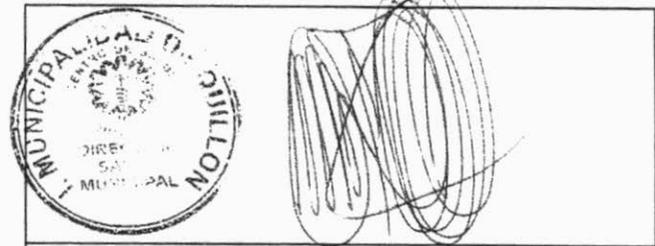
C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(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
4	04	07	2017	07	07	2017



NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Licencia Médica

Nº 2 - 55254097

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. Nº 3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del 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: **HUENOPILU** APELLIDO MATERNO: **ROCHA** NOMBRES: **PATRELCIA**

FECHA EMISION LICENCIA: **02** N° DE DIAS: **DOS**

FECHA INICIO DE REPOSO: **12/10/17** DIA: **12** MES: **10** AÑO: **17**

N° DE DIAS EN PALABRAS: **DOS**

RUN: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: **21/08/69**

EDAD: **48**

M O F: **F** SEXO: **F**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] RUN: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

1

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: [REDACTED] DIA: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]

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

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]

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 DE REPOSO: [REDACTED]

CALLE: [REDACTED]

Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: [REDACTED]

COMUNA: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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

Ricardo Alampar
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **PARRADA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **USARINA**

RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]

General
ESPECIALIDAD

1 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: **PAULINO HUONES**

COMUNA: **QUEVEDO**

STOP
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Signature]

MUNICIPALIDAD DE QUEVEDO
DIRECCION SALUD
DIRECCION GENERAL DE LICENCIAS

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
ANO	MES	ANO	MES	
2017	06	2017	06	10
2017	06	2017	06	10
2017	06	2017	06	10

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