



DECRETO ALCALDICIO N° 1116 /

Quillón, 28 MAR 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de: Irene Morales, Katherinne Parada y Carlos Saldías.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio N° 472, de fecha 05 de Junio de 1996, que aprueba el Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quillón.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio N° 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 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
3-1017705-7	Irene Morales Garrido	10103008-3	Nutricionista CECOSF	30	23/03/2017	21/04/2017	FONASA
2-51502050	Katherinne Parada Vidal	17571667-k	Administrativo CECOSF	10	22/03/2017	31/03/2017	FONASA
1-36401351	Carlos Saldías Aracena	15632884-7	Médico CESFAM	02	23/03/2017	24/03/2017	MAS VIDA

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

ELS/jsb.  
24.03.2017

**DISTRIBUCIÓN:**

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



**VLADIMIR PENA MAHUZIER**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



### Licencia médica

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. No 3/1984.



\*\*\* OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA

N° 3 FOLIO: 1017705-7

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MORALES	GARRIDO	IRENE PILAR	10103008-3	52	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

2 - CELULAR	977047320
CANAL	EMAIL
	DATO

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
22 03 17 Dia Mes Año	23 03 17 Dia Mes Año	30	TREINTA

#### A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.967).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
------------------	------------------	---------	-----

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Comun  
 2=Prorroga Medicina Preventiva  
 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal  
 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año  
 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto  
 6=Enfermedad Profesional  
 7=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL  1=Si  2=No INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ  1=Si  2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO TRAYECTO  1=Si  2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total  SOLO PARA REPOSO PARCIAL  
 2=Reposo Laboral Parcial

A=Manana  
 B=Tarde  
 C=Noche

LUGAR DE REPOSO  1=Su Domicilio  
 2=Hospital  
 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA  
 LOS OLIVOS VILLA GALILEA 778 BULNES CHILE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 977047320

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CHAVEZ	VIVEROS	RICHARD	13108662-8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

OTORRINOLARINGOLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	RICHARDALEJO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
		CORREO ELECTRONICO

FRANCISCO RAMÍREZ N° 10, CHILLÁN # CHILLÁN CHILE	0
DIRECCION	TELEFONO FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

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



### Licencia médica

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podran 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.



#### SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

<b>NOMBRE</b> I. Municipalidad Quilbo Dpto. Salud	<b>RUN</b> 61972800-9	<b>TELEFONO</b> 42-220-7149	<b>FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR</b>	<b>CODIGO COMUNAL USO COMPIN</b>
<b>DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR</b>	<b>COMUNA</b>	<b>CIUDAD</b>	23-03-2017	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACION
<input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petroleos y Canteras 2=Industrias Manufactureras 3=Construccion 4=Electricidad, Gas y Agua 5=Comercio 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Tecnicos, Profesionales y Otros 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada	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) Nutricionista

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

<b>REGIMEN PREVISIONAL</b> <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: <input type="text"/> Letra (Caja Prev.) <input type="text"/> Nombre Int. Prev. <b>HABIMAT</b>	<b>CALIDAD TRABAJADOR</b> <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	<b>SEGURO DESEMPLEO</b> Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
---	---	---

<b>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dia Mes Año	<b>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL</b> 16-01-1992	<b>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</b> 16-10-1992
---	---	--

<b>ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:</b> <b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7</b> <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6</b> <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador
--	--

**NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:** CAJA LOS AÑOS



**Licencia médica**

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. No 3/1984.



**C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector publico deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda. Los trabajadores del sector publico que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80 ademas deben registrar remuneraciones en la columna B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 80 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	12	2016			1.937.655		
	01	2017			1.992.289		
	02	2017			1.997.881		

**% DESAHUCIO**  
11,27

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 80 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia médica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

**C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES**

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
15	24	10	2016	07	11	2016
15	08	11	2016	27	11	2016
30	23	11	2016	23	12	2016
30	23	12	2016	21	01	2017
30	27	01	2017	20	02	2017
30	27	02	2017	22	03	2017



Art. 13 - El empleador debera presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres dias habiles siguientes de recepcionado el documento.

*E. Lopez*

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

# Licencia Médica

Nº 2 - 51502050

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 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

**PARADA VIDAL KATHERINNE**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**210317** **220317**  
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO  
**10** **DUEZ**  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

**17571667**  **F**  
 RUN M 6 F SEXO  
**070790** **26**  
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD

### 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  
 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  
 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 **CAUPOLICAN**  
 CALLE **622** Nº DPTO  
 VILLA O POBLACION **QUILLON**  
 COMUNA  
 TELEFONO **9 52250442** CELULAR  
 CORREO ELECTRONICO

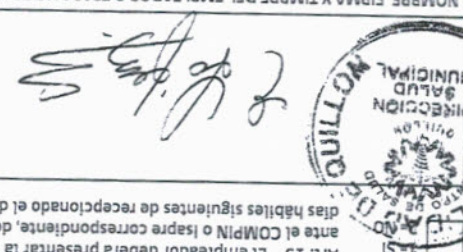
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

**PARADA PLACENCIA VALENTIA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**15258705**   
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**FRANCISCO UNZUETA**  
 CALLE  
**Quillón**  
 COMUNA

**General**  
 ESPECIALIDAD  1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
**vapp.20@hotmail.com**  
 CORREO ELECTRONICO  
**Dra. Valeria Parada Placencia**  
 Rut: 15.258.705-8  
 MEDICO CIRUJANO  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  


DESDE		HASTA		TOTAL DIAS
DIA	MES	DIA	MES	
01	03	01	03	03
03	03	03	03	03
05	03	05	03	03
07	03	07	03	03
09	03	09	03	03
11	03	11	03	03
13	03	13	03	03
15	03	15	03	03
17	03	17	03	03
19	03	19	03	03
21	03	21	03	03
23	03	23	03	03
25	03	25	03	03
27	03	27	03	03
29	03	29	03	03
31	03	31	03	03

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.

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



# Licencia Médica

# Nº 1 - 36401351

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: SALINAS  
 APELLIDO MATERNO: ARACENA  
 NOMBRES: CARLOS  
 FECHA EMISION LICENCIA: 22/02/17  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 23/02/17  
 N° DE DIAS: 02  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: 02

RUN: 15048233  
 FECHA DE NACIMIENTO: 15/04/82  
 EDAD: 33  
 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).

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 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  
 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: QUENME  
 CALLE: S/N  
 Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: UNILLON  
 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: ESCALANTE  
 APELLIDO MATERNO: VALDEJORGE  
 NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 RUN: 22825804-0  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:  
 CALLE: FRANCISCO UNZUETA  
 COMUNA: UNILLON

FIRMA DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIDAD:  1= MEDICO,  2= DENTISTA,  3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 MEDICO - CIRUJANO  
 RUT: 220200010  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	19/12/2016	21/12/2016
01	23/01/2017	23/01/2017
01	01/02/2017	01/02/2017
02	13/02/2017	14/02/2017
11	22/02/2017	03/03/2017

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE