



DECRETO ALCALDICIO N° 848 I

Quillón, 03 MAR 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Maria Sepulveda, Maria Herrera, Pamela Lincovil y Adith Novoa.
- El Decreto Alcaldicio N° 536 de fecha 09/02/2017, que designa Secretario Municipal (S) a Don Néstor Cid Pedreros.
- 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
1-36347453	Maria Sepulveda Contreras		TENS CESFAM	2	28/02/2017	01/03/2017	FONASA
1-35941368	María Herrera Pedreros		TENS CESFAM	04	28/02/2017	03/03/2017	FONASA
2-36074820	Pamela Lincovil Ñanco		Odontóloga CECOSF	07	01/03/2017	07/03/2017	CONSALUD
3-997849-6	Adith Novoa Muñoz		TNS Dental CESFAM	10	01/03/2017	10/03/2017	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. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



NESTOR CID PEDREROS
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
MINISTRO DE FE

EL S/jsb.
02.03.2017

DISTRIBUCIÓN:

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



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

Licencia Médica

Nº - 36347453

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas reduciendo o ampliando el período de reposo solicitado o cambiando 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

SEBULVEZA POLYNEIAS MARIA

APPELLIDO PATERNO: SEBULVEZA APPELLIDO MATERNO: POLYNEIAS NOMBRES: MARIA

FECHA EMISION LICENCIA: 01/03/14 FECHA INICIO DE REPOSO: 28/02/14 FECHA DE NACIMIENTO: 11/10/88

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):

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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

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

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

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION: MES, AÑO

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO:

CALLE: [REDACTED]

Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLADO: [REDACTED]

COMUNA: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED]

CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

FIRMA DEL TRABAJADOR

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 19.528

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

ESCALANTE VAQUE JONES

APPELLIDO PATERNO: ESCALANTE APPELLIDO MATERNO: VAQUE NOMBRES: JONES ESPECIALIDAD: 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: PHARRERA UNZUETA, QUILLO

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

CALLE: [REDACTED] Nº: [REDACTED] FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

COMI: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE Y FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma]

[Timbre: MUNICIPALIDAD DE QUILLON, DIRECCION SALUD, DIVISION ATENCION PRIMARIA]

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	28/02/2014	01/03/2014

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.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Licencia Médica

Nº 1 - 35941368

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 de 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 de reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

HECNERA PEDROCCI DALIA IVU
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
010517 **280217** **200373** **43** **7**
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO
004 **CUATRO**
 Nº DE DÍAS Nº DE DÍAS 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 18.857).
 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 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
 HORA MINUTOS

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
 CALLE
 Nº DPTO
 URB O POBLACION
 COMUNA
 TELEFONO
 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)

CAUENI CHIQUILO XIQUENA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
FRANCISCO UNZUETA
 CALLE
QUILLON
 COMUNA

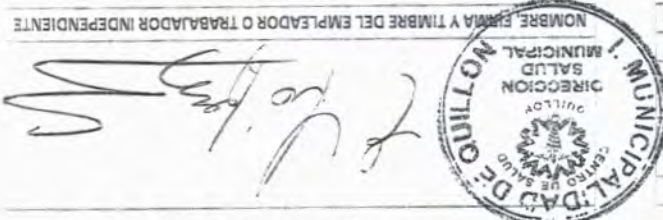
viduo
 ESPECIALIDAD
XIQUENA SUTS @ HOSPITAL 2. CAS
 CORREO ELECTRONICO

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL Nº **100**

1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

FIRMA DEL TRABAJADOR
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE


TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	10	11
10	11	11
2016	11	11
2016	11	11

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



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: 997849-6

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOVOA	MUÑOZ	ADITH ANA MARGARITA	[REDACTED]	47	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR		953625450			
CANAL		EMAIL DATO			
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N DE DIAS	
<input type="text" value="01"/>	<input type="text" value="03"/>	<input type="text" value="17"/>	<input type="text" value="01"/>	<input type="text" value="03"/>	<input type="text" value="17"/>
Día Mes Año		Día Mes Año		10	
		N DE DIAS EN PALABRAS			
		DIEZ			

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

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 adopción plena (Ley 16.967).

FECHA DE NACIMIENTO

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

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA DE LA CONCEPCION	

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <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)		
DIRECCION: CALLE:N:DEPTO:COMUNA [REDACTED]		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - [REDACTED]		

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	SALAZAR	MARCELO EDUARDO	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Medico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	20702	MARCELO1545@VTR.NET
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
JUAN PAULINO FLORES 509 # QUILLÓN CHILE		422581945	
DIRECCION		TELEFONO	FAX

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



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.

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

I Municipalidad Quillón Dpto. Salud		61932800-942-220149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELEFONO		
Fco. Urzúa 1501		Quillón	02-03-2016	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD	

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

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

REGIMEN PREVISIONAL <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Código: Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev. <u>HRBITAT</u>	CALIDAD TRABAJADOR <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector público afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador independiente	SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF [] [] [] Día Mes Año	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL <u>13-04-1989</u>	FECHA CONTRATO DE TRABAJO <u>13-04-1989</u>
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION: SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B=Isapre <input type="checkbox"/> C=C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6 <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F=Mutual <input type="checkbox"/> G=INP <input type="checkbox"/> H=Empleador	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: <u>CAJA LOS ANDES</u>		

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 público deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda. Los trabajadores del sector público que cotizan para desahucio y aquellos iraspadados 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)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponde 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 imponibles para pensiones y salud (Tope 90 U.F.)	Monto	N de dias
A			B	C	D	E	
	12	2016			19.579,00		
	01	2017			1.068.398		
	02	2017			1.068.398		

% DESAHUCIO

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 imponibles excepto las ocasionales que corresponde 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 imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
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 ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
03	02	11	2016	04	11	2016
06	09	11	2016	14	11	2016
01	17	11	2016	17	11	2016
05	01	12	2016	05	12	2016



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

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