



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 4.0341

Quillón, 02 DIC 2016

VISTOS:

- Licencias Médicas de Maria Vega, Oriana Poza, Soledad Fritz, Eugenia López, Horacio Alarcón, Javiera Araya, Alfredo Cea y Estephany Osses.
- 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° 4828 de fecha 15 de Diciembre de 2015, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2016 del Departamento de Salud.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, 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 licencia médica de la funcionaria que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-36572456	Maria Vega Valenzuela	[REDACTED]	Auxiliar CESFAM	30	27/11/2016	26/12/2016	FONASA
1-36179571	Oriana Poza Poblete	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	01	28/11/2016	28/11/2016	FONASA
1-36179614	Soledad Fritz Saldías	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	28/11/2016	28/11/2016	FONASA
1-36179619	Eugenia López Sandoval	[REDACTED]	Directora (S) CESFAM	01	28/11/2016	28/11/2016	CONSALUD
3-13102603	Horacio Alarcon Venegas	[REDACTED]	Odentólogo Posta Coyanco	02	28/11/2016	29/11/2016	MAS VIDA
1-36179617	Javiera Araya Sepulveda	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	29/11/2016	29/11/2016	FONASA
1-36179618	Alfredo Cea Villalobos	[REDACTED]	Químico CESFAM	01	29/11/2016	29/11/2016	CONSALUD
1-36179570	Estephany Osses Díaz	[REDACTED]	Matrona CECOSF	04	29/11/2016	02/12/2016	COLMENA

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

3. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



VLADIMIR PEÑA MAHÚZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLP/ljsb.
 30/11/2016.

DISTRIBUCIÓN:

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



Licencia Médica

Nº 1 - 36572456

La COMPIN, la Subcomisión de Licencias Médicas y el ISAPRE, en su caso, podrán revisar o aprobar las licencias médicas, total o parcialmente, o el periodo de reposo solicitado u otorgado de forma total o parcial y viceversa. Art. 16 DS Nº 93 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

Vega Valencia Maria
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
20/11/16 27/11/16
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO
30
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

150178 33 F
 RUN EDAD SEXO
15/11/16
 FECHA DE NACIMIENTO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natal (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

FECHA DE NACIMIENTO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

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
 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 (S):
 DIRECCION DEL REPOSO:
 CALLE:
 Nº:
 VIVIENDA DEL REPOSO:
 COMUNA:
 TELEFONO CELULAR:
 CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMA POR CORREO ELECTRONICO Y O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 20 LEY 15.828

Maria Vega
FIRMA DEL TRABAJADOR

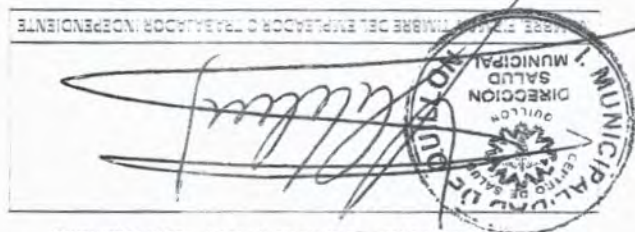
A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

Martinez Hernandez Carlos
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
150178 ESPECIALIDAD
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
San Martin

CALLE
Comce

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



FECHA	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS
AÑO	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS
2016	26	09	09	09	09	09	09
2016	15	09	09	09	09	09	09
2016	14	08	08	08	08	08	08
2016	14	08	08	08	08	08	08
2016	12	09	09	09	09	09	09
2016	10	09	09	09	09	09	09
2016	12	10	10	10	10	10	10
2016	11	11	11	11	11	11	11
2016	26	11	11	11	11	11	11

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes de los tres días hábiles contados de la recepción del documento.
 1= SI 2= NO

14. LICENCIAS ANTIGÜAS ENTREGADAS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

El COMPROBANTE de Ejercicio Profesional de Licenciados en Medicina, en su caso, podrá requerirse o aprobarse las licencias médicas, revalidación o actualización de registro en el área o comuna de origen, a partir, y viceversa, Art. 18 DS Nº 1899.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO Deberá presentar la licencia médica de su área de origen con los días hábiles corridos de la fecha de inicio de reposo. TRABAJADOR INDEPENDIENTE Deberá presentar la licencia médica dentro de los 30 días hábiles corridos de la fecha de inicio de reposo. TRABAJADOR DEPENDIENTE Deberá presentar la licencia médica dentro de los 30 días hábiles corridos de la fecha de inicio de reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA EMISION LICENCIA, N° DE DIAS, N° DE DIAS EN PALABRAS, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO.

A.2. IDENTIFICACION DEL NIÑO Sólo para licencias preventivas y post-natales. Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y Ley de Protección de la Mujer (1983).

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA DE NACIMIENTO.

A.3. TIPO DE LICENCIA and A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO. Includes checkboxes for labor rest types (1-7) and justification options (1-3).

Form fields for accident details: RECUPERABILIDAD LABORAL, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO, HORA, MINUTOS, DIA, MES, AÑO, TRAYECTO, LUGAR DE REPOSO, JUSTIFICAR SI ES OTRO (3).

AUTORIZO A COMPAÑIA NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE L.M. A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA L.M. Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 16.823

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

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, ESPECIALIDAD, REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL, CORREO ELECTRONICO, DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION, CALLE, COMUNA.

Official stamps and signatures: 'MUNICIPALIDAD DE BUILLON', 'DIRECCION SALUD BUILLON', 'Patricia Hernández Kraus', 'Médico General', and a table for 'TOTAL DIAS' calculation.



La CONPRA, la Subsecretaría de Atención Primaria y el S-PRIS de Salud, solicitan a los médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, farmacéuticos, técnicos de enfermería, kinesiólogos, audiólogos, optómetras y optometristas, y enfermeras de enfermería, presentar la licencia médica...

El TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO deberá presentar la licencia médica en el momento de su ingreso al trabajo y en los casos de licencia por enfermedad, accidente de trabajo o del tránsito, dentro del periodo de vigencia de la licencia médica...

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (FRITZ), APELLIDO MATERNO (SOLIMAS), NOMBRES (SOLIMAS SOLIMAS), FECHA EMISION LICENCIA (01), FECHA DE NACIMIENTO (13/02/1971), EDAD (45), SEXO (F).

A.2. IDENTIFICACION DEL NIÑO Solo para licencias con el fin de cuidar al niño (Art. 199 y 200 de la Ley 17.334)

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO.

A.3. TIPO DE LICENCIA (1) and A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO (1) with sub-options for recuperability and rest type.

Form fields for accident details: RECUPERABILIDAD LABORAL, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO (DIA, MES, AÑO), HORA MINUTOS, TRAVECTO, VILLA O POSICION, COMUNA, TELEFONO, CELULAR, CORREO ELECTRONICO.

AUTORIZO A COMPAÑIA NOTIFICAR RESOLUCION DE ESTA CORREO ELECTRONICO Y O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 18.332

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

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO (ESCALANTE), APELLIDO MATERNO (LAGO), NOMBRES (LAGO JORGE), ESPECIALIDAD (48), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL, CORREO ELECTRONICO, DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION (FRANCISCO VASQUEZ, VILLON).



El empleador deberá presentar la licencia médica... (Circular stamp: MUNICIPALIDAD DE VILLON, DIRECCION SALUD MUNICIPAL)

Table with columns: TOTAL DIAS, DIA, MES, AÑO, HASTA, FECHA.

LA COMPA le Suscritora de la presente licencia de ejercicio profesional de la medicina en su caso podrá rechazar o aprobar las licencias médicas recibidas en el periodo de retroactividad o cambio de zona, según sea el caso, y visarse. Art. 16 DS Nº 1384

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO Deberá presentarse a la Comisión de Evaluación de la Competencia Profesional de la respectiva entidad, dentro del periodo de retroactividad o cambio de zona, según sea el caso, y visarse. Art. 16 DS Nº 1384
TRABAJADOR INDEPENDIENTE Deberá presentarse a la Comisión de Evaluación de la Competencia Profesional de la respectiva entidad, dentro del periodo de retroactividad o cambio de zona, según sea el caso, y visarse. Art. 16 DS Nº 1384
TRABAJADOR DEPENDIENTE Deberá presentarse a la Comisión de Evaluación de la Competencia Profesional de la respectiva entidad, dentro del periodo de retroactividad o cambio de zona, según sea el caso, y visarse. Art. 16 DS Nº 1384

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

LOPEZ SANDOVAL EUROPEA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
20111116 FECHA EMISION LICENCIA 20111116 FECHA DE NACIMIENTO 60 EDAD SEXO F
01 Nº DE DIAS 000 Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL NIÑO Solo para licencia por enfermedad grave de la infancia de un año y sus fracciones (Arts. 199 y 200 del C. del Trabajo y Ley de Estabilidad Laboral Ley 18.957)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
A.3. TIPO DE LICENCIA A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

- 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 (1)
D. SECCION DE REPOSO

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= S 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO

Nº DPTO
VILLA O POBLACION
COMUNA
TELEFONO CELULAR
CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPA A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LMA CORREO ELECTRONICO Y O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 18.528

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los certícos son de 3 categorías)

ESCALANTE VAGUE MONTE
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE
COMUNA



DEPENDIENTE
FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
MUNICIPALIDAD DE CHILLAN
DIRECCION DE SALUD
DIRECCION DE LICENCIAMIENTO



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 013102603-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ALARCON VENEGAS HORACIO ESTE

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

29112016

FECHA OTORGAMIENTO

28112016

FECHA INICIO REPOSO

37

EDAD

M

SEXO

02
N° DE DIAS

DOS
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 Código del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

1

- 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

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

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO, COMUNA

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

HIDALGO PRIETO WALDO EDGARD

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

15304

REG. COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRÓNICO

MEDICINA GENERAL

ESPECIALIDAD

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

09-85576876/
TELÉFONO/FAX

Cauquenes 518, Santiago
DIRECCIÓN

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica en su emulador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica en su emulador dentro de los tres 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 tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas de 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 013102603-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 ADICIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUO DEL D.F.L. 1-2083/80 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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 D.F.L. N° 44/1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA TRABAJADORES PÚBLICOS (TOPES 111,4 UF)	MONTO	N° DÍAS

% DESAHUCIO	

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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 D.F.L. N° 44/1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA TRABAJADORES PÚBLICOS (TOPES 111,4 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)

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 DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MESES	AÑO	DÍA	MESES	AÑO
02	02	07	2006	02	07	2006
01	01	08	2006	01	08	2006

COPIA DE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



La COMPAÑÍA S/COMPAÑÍA de Seguro de Vida... (Art. 18 D.S. Nº 3.185)

TRABAJADOR SECTOR PLS... (Art. 18 D.S. Nº 3.185)

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA EMISION LICENCIA, FECHA DEL ACCIDENTE, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, Nº DE DIAS, Nº DE DIAS EN PALABRAS.

A.2. IDENTIFICACION DEL NIÑO Solo para agencias con el "Módulo Gravídico"...

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO.

A.3. TIPO DE LICENCIA (1-7) and A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO (1-3, A-C, 1-3)

Form fields for accident details: RECUPERABILIDAD LABORAL, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO, FECHA DE LA CONCEPCION, LUGAR DE REPOSO, DIRECCION DEL REPOSO, TELEFONO, CORREO ELECTRONICO.

AUTORIZO A COMPAÑIA NOTIFICAR RESOLUCION DE LIMA CORREO ELECTRONICO Y O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 16.628

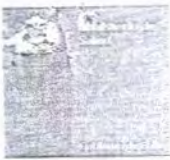
A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, ESPECIALIDAD, FIRMA DEL TRABAJADOR, REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL, DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION.

Form fields for address: CALLE, COMUNA, Nº.

Table with columns for dates (AÑO, MES, DÍA) and TOTAL DIAS, containing handwritten data.

Art. 18 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPAÑÍA o seña correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.



MINISTERIO DE SALUD

Nº 36179618

LEY Nº 27118, Ley de Promoción y Defensa de los Derechos del Consumidor y Ley Nº 27117, Ley de Protección y Defensa del Consumidor.

TRABAJADOR SECTOR P. U. S. D. Deberá presentar el certificado de incapacidad emitido por el médico del establecimiento de salud al momento de solicitar la licencia de reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar el Acta de Incapacidad emitida por el médico del establecimiento de salud al momento de solicitar la licencia de reposo.
TRABAJADOR DESPACHO EN S. Deberá presentar el Acta de Incapacidad emitido por el médico del establecimiento de salud al momento de solicitar la licencia de reposo.

SECCION AL USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form A.1 with fields for APELLIDO PATERNO (CEA), APELLIDO MATERNO (DE LA ROSA), NOMBRES (ALFREDO DANIEL), FECHA EMISION LICENCIA (30/11/16), FECHA DE NACIMIENTO (16/02/86), EDAD (30), SEXO (M).

A.2. IDENTIFICACION DEL NIÑO (Solo para trabajadores empleados por un tiempo determinado - Arts. 199 y 200 del C. De Trabajo y Jurisdicción de Competencia Ley. 8297)

Form A.2 with fields for APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO.

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

Form A.3 with fields for RECUPERABILIDAD LABORAL, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO, HORA MINUTOS, FECHA DE LA CONCEPCION.

A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form A.4 with fields for N° DE REPOSO LABORAL, LUGAR DE REPOSO, JUSTIFICAR SI ES OTRO TIPO DE REPOSO.

Form A.4 with fields for DIRECCIÓN, TELÉFONO, CELULAR, CORREO ELECTRÓNICO.

AUTORIZO A COMPAÑIA NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LIMA POR CORREO ELECTRÓNICO Y/O DEL PLAZO INDICADO EN ESTA LHM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 20 LEY 18,898

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

Form A.5 with fields for APELLIDO PATERNO (NO LINA), APELLIDO MATERNO (DÍAZ), NOMBRES (LUIS EDUARDO), ESPECIALIDAD (1), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (31453), CORREO ELECTRÓNICO (luis.nuno.d@un.org.pe).

Form A.5 with fields for DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION, CALLE (Francisco de Larrea), COM.

ELABORA, FIRMA Y TIMBRA EL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Handwritten signature and official stamp of the Municipality of Chillón.

Art. 13.- El empleador deberá presentar la licencia médica antes al COMESA o a su representante, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Administrative stamps and dates: 01/05/2016, 04/05/2016, 04/05/2016, 01/05/2016.

La COMUNA y el empleador o el trabajador independiente, según el caso, tienen derecho a aprobar o denegar la licencia...

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO Deberá presentar la licencia médica en el momento de iniciar el trabajo...

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (JESSE), APELLIDO MATERNO (DIAZ ESTERZA), NOMBRES, RUT, FECHA EMISION LICENCIA, FECHA INICIO DE REPOSO, DIA, MES, AÑO, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, Nº DE DÍAS, Nº DE DÍAS EN PALABRAS.

A.2. IDENTIFICACION DEL NIÑO Solo para licencias por enfermedad del trabajador independiente...

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUT, FECHA DE NACIMIENTO.

- A.3. TIPO DE LICENCIA: 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN, 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA, 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL, 4= ENFERMEDAD GRAVE MÁS MENOR DE 1 AÑO, 5= ACCIDENTE DE TRABAJO O DEL TRAVECTO, 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL, 7= PATOLOGÍA DEL EMBARAZO.

Form fields for license details: RECUPERABILIDAD LABORAL, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAVECTO (DIA, MES, AÑO), TRAVECTO, HORA, MINUTOS, FECHA DE LA CONCEPCION (MES, AÑO).

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO: 1= REPOSO LABORAL TOTAL, 2= REPOSO LABORAL PARCIAL, LUGAR DE REPOSO (SU DOMICILIO, HOSPITAL, OTRO DOMICILIO), JUSTIFICAR SI ES OTRO (SI), CALLE, VILLA O POBLACION, COMUNA, TELEFONO, CORREO ELECTRONICO.

AUTORIZO A COMPAÑÍA NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LICENCIA POR CORREO ELECTRÓNICO Y O CELULAR MEDIANTE ESTA LÍM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 18.625

FIRMA DEL TRABAJADOR (Signature)

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

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, ESPECIALIDAD, REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL, CORREO ELECTRONICO, DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION, CALLE, COMUNA.

FIRMA Dra. Carls Brevis Cartes Médico Cirujano



LA MUNICIPALIDAD DE... MUNICIPALIDAD DE... DIRECCION SALUD... MUNICIPALIDAD DE...

Table with columns: AÑO, MES, ECSEC, DIA, TOTAL DIAS. Rows show dates from 2016 to 2017.

Art. 53 - El empleador deberá presentar la licencia médica... Licencias anteriores en los últimos 6 meses...