



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

**DECRETO ALCALDICIO N° 4348/**

Quillón, 26 DIC 2016

**VISTOS:**

- Licencia Médica de Pamela Lincovil, Irene Morales y Susana Concha.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio N° 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. N° 2.294/2015.
- 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.
- 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° 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 licencia médica de la funcionaria que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
2-52448519	Pamela Lincovil Nanco	[REDACTED]	Odontóloga CECOSF	01	15/12/2016	15/12/2016	CONSALUD
3-8278369	Irene Morales Garrido	[REDACTED]	Nutricionista CECOSF	30	23/12/2016	21/01/2017	FONASA
1-36179645	Susana Concha Acuña	[REDACTED]	Auxiliar CECOSF	05	26/12/2016	30/12/2016	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. Tramitese 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"**

ELS/jsb.  
26.12.2016.

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# Licencia Médica

Nº 2 - 52448519

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: **LINCOLN** APELLIDO MATERNO: **NANGA** NOMBRES: **PAMELA Odette**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **15/12/16** FECHA INICIO DE REPOSO: **15/12/16**  
 Nº DE DIAS: **01** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **uno**

RUN: [Redacted]  
 FECHA DE NACIMIENTO: **23/03/87** EDAD: **29** 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= 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 MES AÑO  
 TRAYECTO:  1= SI  2= NO

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): [Redacted]

DIRECCION DE REPOSO: [Redacted]  
 CALLE: [Redacted] Nº: [Redacted] DPTO: [Redacted]  
 VILLA: [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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **PENA** APELLIDO MATERNO: **SANCHEZ** NOMBRES: **MARCELO E**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **2027 - 0**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **Puerto Fisco**  
 CALLE: **Quilbo** COMUNA: **Quilbo**

ESPECIALIDAD: **Med gen**  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO: [Redacted]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Redacted]  
 Nº: **999**  
 TELEFONO: **42 2581845**

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
	AÑO	MES	AÑO	MES	
	2016	09	2016	08	01
	2016	09	2016	08	02
	2016	09	2016	08	03
	2016	09	2016	08	04
	2016	09	2016	08	05
	2016	09	2016	08	06
	2016	09	2016	08	07
	2016	09	2016	08	08
	2016	09	2016	08	09
	2016	09	2016	08	10

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 ÚLTIMOS 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: 827836-9

Operador : 4

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MORALES APELLIDO PATERNO	GARRIDO APELLIDO MATERNO	IRENE PILAR NOMBRES	[REDACTED] RUN	51 EDAD	F SEXO
2 - CELULAR CANAL		977047320 DATO			
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS	
21 12 16 Dia Mes Año		23 12 16 Dia Mes Año	30	TREINTA	

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 18.867)

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 2 1=Si 2=No INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 1 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 1=Reposo Laboral Total SOLO PARA REPOSO PARCIAL 2=Reposo Laboral Parcial A=Manana B=Tarde C=Noche

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE: N: DEPTO: COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CHAVEZ APELLIDO PATERNO	VIVEROS APELLIDO MATERNO	RICHARD NOMBRES	[REDACTED] RUN
OTORRINOLARINGOLOGÍA 1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		RICHARDALEJO@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

FRANCISCO RAMÍREZ N° 10, CHILLÁN # CHILLÁN CHILE

DIRECCION

0 TELEFONO FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



**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**

Municipalidad Quilón Dpto Salud 6.972 800 9 42 220149			FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELEFONO		
Fca. Urzueola ISA	Quilón	Quilón	23-12-2016	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD	

**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, 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=Técnico  
 15=Vendedor  
 16=Administrativo  
 17=Operario, Trabajador Manual  
 18=Trabajador de Casa Particular  
 19=Otro (Especificar)

Detalladista

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

<b>REGIMEN PREVISIONAL</b>	<b>CALIDAD TRABAJADOR</b>	<b>SEGURO DESEMPLEO</b>
<input checked="" type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo <input type="checkbox"/> Letra (Caja Prev.) <u>A</u> Nombre Int. Prev. <u>HABIDAT</u>	<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	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**

16-11-1992

**FECHA CONTRATO DE TRABAJO**

16-11-1992

**ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:**

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6

- A=Servicio de Salud  
 B=Isapre  
 C=C.C.A.F.  
 D=Empleador

- E=Servicio de Salud  
 F=Mutual  
 G=INP  
 H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES



**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 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)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles 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 imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	09	2016			1.948,465		
	10	2016			3.951,230		
	11	2016			3.955,095		

**% 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 MATEANALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles 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 imponibles para pensiones y salud (Tope 60 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			1=Si 2=No
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
03	25	07	2016	27	07	2016	<input type="checkbox"/>
18	24	10	2016	07	11	2016	<input type="checkbox"/>
15	09	11	2016	22	11	2016	<input type="checkbox"/>
30	23	11	2016	22	02	2017	<input type="checkbox"/>

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.

MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

COMPIN Salud Responde 600 360 7777 Estado Licencia 600 460 4600

FONASA Mesa de Ayuda 600 360 3000 www.fonasa.cl



# Licencia Médica

## N°1-36179645

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. N°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

**CONCHA** **ACUÑA** **SUSANA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 RUN [REDACTED] M: F [REDACTED]  
**26 12 16** **26 12 16** **31 07 67** **49** **R**  
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO  
**65** **CINCO**  
 N° DE DIAS N° 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 pleno (Ley 18 867).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
 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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL **1** 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ **2** 1= SI 2= NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
 DIA MES AÑO  
 HORA MINUTOS TRAYECTO 1= SI 2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

1

LUGAR DE REPOSO **1** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  
 DIRECCION DE REPOSO [REDACTED]  
 CALLE [REDACTED]  
 Nº [REDACTED] DATO [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION [REDACTED]  
 COMUNA [REDACTED]  
 TELEFONO [REDACTED] CELULAR [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO [REDACTED]

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

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**NOGUS** **Alvar** **Alvar Benito**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 RUN [REDACTED] ESPECIALIDAD [REDACTED]  
**31 453 - 6** **685 Alvar Benito**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**Barruso** **Unuro**  
 CALLE Nº **158** FIRMA DEL PROFESIONAL [REDACTED]  
**1111**  
 COM. DR. MEDICO

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-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 recepción del documento.

HASTA		DESDE		AÑO	MES	DIA	TOTAL DIAS
ANO	MES	ANO	MES				
2016	12	2016	02	12	02	01	01
2016	10	2016	18	10	03	04	05
2016	08	2016	29	09	24	05	06
2016	08	2016	23	08	19	06	07
2016	09	2016	10	09	10	08	08

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