



Quillón, 06 OCT 2016

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Luisa Pérez, Carolina Andrade, Oriana Poza, Iris Pávez, Susana Concha y Pamela Lincovil.
- 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 al o los funcionario (s) que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
2-44054083	Luisa Pérez Cárdenas	[REDACTED]	Enfermera CESFAM	01	29/09/2016	29/09/2016	MAS VIDA
1-35577000	Carolina Andrade Marty	[REDACTED]	Kinesióloga CESFAM	01	30/09/2016	30/09/2016	MAS VIDA
1-35577030	Oriana Poza Poblete	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	01	30/09/2016	30/09/2016	FONASA
1-35576999	Iris Pávez Morales	[REDACTED]	Nutricionista CESFAM	03	03/10/2016	05/10/2016	FONASA
3-760016-K	Susana Concha Acuña	[REDACTED]	Auxiliar CECOSF	04	03/10/2016	06/10/2016	FONASA
3-760213-8	Pamela Lincovil Ñanco	[REDACTED]	Odontóloga CECOSF	04	04/10/2016	07/10/2016	CONSALUD

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 Mahuzier
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
04.10.2016

DISTRIBUCIÓN:

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



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

MINISTERIO DE SALUD

N°2- 44054083

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PEREZ CARDENAS LUISA MARIS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

29 09 16

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

29 09 16

DIA MES AÑO

47

EDAD

M o F

F

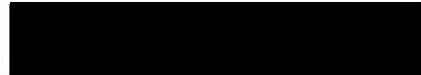
SEXO

01

N° DE DIAS

UNO

N° DE DIAS EN PALABRAS



RUN

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo 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

RUN

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

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 HIJO 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

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

Handwritten signature

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ CARDENAS MARCIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Medico en Especialidad

ESPECIALIDAD

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

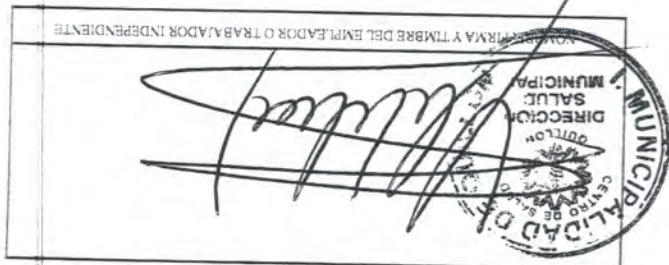
290904

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

9159 8779 Pedro Torres Zuloaga

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	ANO	DIA	ANO	DIA	ANO
03	2016	23	2016	25	2016
03	2016	02	2016	09	2016

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica...

1 = SI 2 = NO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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



Licencia Médica

Nº 1-35577030

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 cambiario 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

POZA POBLETE OLIVIANA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 041016 FECHA EMISION LICENCIA
 031016 FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO
 01 Nº DE DIAS UNO Nº DE DIAS EN PALABRAS

[Redacted]
 080593 FECHA DE NACIMIENTO 23 EDAD H SEXO

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 RUN
 A.3. TIPO DE LICENCIA A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 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= 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
 HORA MINUTOS TRAYECTO 1= SI 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO

LUGAR DE REPOSO 1X 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
 DIRECCION DE REPOSO
 CALLE
 Nº
 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)

ESCALANTE VAGUE JONOR
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
 FRANCISCO UNZUETA
 CALLE
 QUILLON
 COM

ESPECIALIDAD NO 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 Jorge L. Escalante Vague
 FIRMA DEL TRABAJADOR
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]

03	01	06	2016	03	06	2016
TOTAL DIAS	DESDE	HASTA	ANO	MES	DIA	ANO

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.

1= SI 2= NO

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



Licencia Médica

Nº 1-35576999

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

Perez Nolas Luis Paz
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
03 2016 03 10 16
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO
03 TRES
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

[REDACTED]
 RUN
06 08 72 39 F
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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 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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

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

LUGAR DE REPOSO 1 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)

Nolas Paz Luis Molina
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD
[REDACTED] 31453 6 603 0114 @ gmail .com
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO
FRANCISCO UNIVERA 155
 CALLE Nº
Alto 42 25816 31
 COMUNA
 FIRMA DEL TRABAJADOR
 FIRMA DEL PROFESIONAL
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA
 DR. LUIS MOLINA DIAZ

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.

1= SI
 2= NO

MUNICIPALIDAD DE QUETILLO
 CENTRO DE SALUD
 DIRECCION SALUD MUNICIPAL

INFORMACION OBLIGATORIA DE EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS						
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
2016	09	29	2016	09	29	2016	09	29
2016	08	16	2016	08	16	2016	08	16
2016	05	29	2016	05	29	2016	05	29
2016	05	02	2016	05	02	2016	05	02

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, 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: 760016-K

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CONCHA	ACUÑA	SUSANA BEATRIZ	[REDACTED]	49	F
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR	978670383				
CANAL	EMAIL	DATO			

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
03 10 16 Dia Mes Año	03 10 16 Dia Mes Año	4	CUATRO

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 18.867)

FECHA DE NACIMIENTO

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO 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=Patologia del Embarazo

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

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	A=Manana
2=Reposo Laboral Parcial		B=Tarde
		C=Noche

LUGAR DE REPOSO	1=Su Domicilio
1	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

Perez	Salazar	MARCELO EDUARDO	[REDACTED]
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	

MEDICINA FAMILIAR	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	20702	MARCELO1545@VTR.NET
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

JUAN PAULINO FLORES 509 # QUILLÓN CHILE	422581945
DIRECCION	TELEFONO FAX

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.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, 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

7. Municipalidad Quilici Dpto Salud 61-972-800-9 2267 (49)		FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELEFONO	04-10-16
Pca. Maqueña 159 Quilici		Quilici	[]
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACION
<input checked="" type="checkbox"/> 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, 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) AUXILIAR

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<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.) <input type="checkbox"/> A Nombre Int. Prev. <input type="text" value="HABITAT"/>	<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	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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dia Mes Año	01-09-2008	01-09-2008

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
<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	<input 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:



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, 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	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 80 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	04	2016			524.384		
	08	2016			524.384		
	09	2016			807.184		

% DESAHUCIO
11,2%

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (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	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles 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 medica, 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	Ano	Dia	Mes	Ano
04	22	04	2016	25	04	2016
01	03	06	2016	03	06	2016
03	06	06	2016	08	06	2016
01	10	08	2016	10	08	2016
05	19	08	2016	23	08	2016
03	24	08	2016	29	08	2016

1=Si
2=No

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

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

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.
 TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO.
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE.
 TRABAJADOR DEPENDIENTE.

Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, 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: CONSALUD



N° 3 FOLIO: 760213-8

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

LINCOVIL	NANCO	PAMELA ODET	29	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD SEXO
2 - CELULAR		993684885		
CANAL	EMAIL	DATO		

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
03 10 16 Dia Mes Año	04 10 16 Dia Mes Año	4	CUATRO

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un ano y post natales.
 (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion 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 ano
 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 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
 2=Reposo Laboral Parcial

SOLO PARA REPOSO 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

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	SALAZAR	MARCELO EDUARDO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA FAMILIAR	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	20702	MARCELO1545@VTR.NET
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

JUAN PAULINO FLORES 509 # QUILLÓN CHILE 422581945

DIRECCION TELEFONO FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, 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

J. Municipalidad Quilón Depto Salud NOMBRE		61.972.800-9 RUN	2204149 TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
Pca. Huazeta 1501 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		Quilón COMUNA	Quilón CIUDAD	04-10-16	[]

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) Odontólogo

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

REGIMEN PREVISIONAL <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.): <input type="checkbox"/> Nombre Int. Prev.: CAPITAL	CALIDAD TRABAJADOR <input checked="" 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	SEGURO DESEMPLEO 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
---	--	---

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF [] [] [] Dia Mes Año	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01-08-2012	FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01-08-2012
--	---	--

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: Consalud



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, 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 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 80 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	07	2016			1406.331		
	08	2016			1456.559		
	09	2016			3948.465		

% DESAHUCIO

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (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 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 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 medica, 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
02	02	05	2016	02	05	2016
01	03	08	2016	03	08	2016
02	01	09	2016	02	09	2016



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

[Handwritten signature]

COMPIN - FONASA
 Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000
 Estado Licencia 800 460 4600 www.fonasa.cl