



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN

\*\*\*\*\*

DECRETO ALCALDICIO N° 217 /

Quillón, 13 ENE 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Alejandra Casanova, Oriana Poza y Claudia Meza.
- 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° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 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
1-35799428	Alejandra Casanova Salazar		Asistente Social CESFAM	01	10/01/2017	10/01/2017	COLMENA
1-36342654	Oriana Poza Poblete		Administrativo CESFAM	02	10/01/2017	11/01/2017	FONASA
3-8459606	Claudia Meza Burgos		Asistente Social CECOSF	03	11/01/2017	13/01/2017	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.**



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA  
SECRETARIO MUNICIPAL  
MINISTRO DE FE

YLF/jsb.  
13/01/2017.

**DISTRIBUCIÓN:**

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



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



# Licencia Médica

## Nº1- 35799428

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

**CASANOVA SALAZAR MARIA ALEJANDRA**

APELLIDO PATERNO: CASANOVA  
 APELLIDO MATERNO: SALAZAR  
 NOMBRES: MARIA ALEJANDRA  
 RUT: [REDACTED]

FECHA INICIO DE REPOSO: 10/01/17  
 FECHA EMISION LICENCIA: 01 UN DIA  
 N° DE DIAS: 01  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: UN DIA

FECHA DE NACIMIENTO: 05/01/79  
 EDAD: 38  
 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).

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

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 DE REPOSO

[REDACTED]

CALLE [REDACTED]

Nº [REDACTED] DPTO. [REDACTED]

VILLA O POBLACION [REDACTED]

COMUNA [REDACTED]

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

*[Firma del Trabajador]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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** 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

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)

**SAN MARTIN CORNEA ALVARO**

APELLIDO PATERNO: SAN MARTIN  
 APELLIDO MATERNO: CORNEA  
 NOMBRES: ALVARO  
 ESPECIALIDAD: CIRUJANO DENTISTA **2**  
 1= MEDICO  
2= DENTISTA  
3= MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 159  
 CORREO ELECTRONICO: alvarosmc@gmail.com

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA  
 CALLE: [REDACTED]

FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

QUI COMUNA

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

NOMBRE Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

**MUNICIPALIDAD DE CHILE**  
DIRECCION SALUD MUNICIPAL

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	18/09/2016	18/09/2016
01	19/09/2016	19/09/2016
01	20/09/2016	20/09/2016
01	21/09/2016	21/09/2016
01	22/09/2016	22/09/2016
01	23/09/2016	23/09/2016
01	24/09/2016	24/09/2016
01	25/09/2016	25/09/2016
01	26/09/2016	26/09/2016
01	27/09/2016	27/09/2016
01	28/09/2016	28/09/2016
01	29/09/2016	29/09/2016
01	30/09/2016	30/09/2016
01	01/10/2016	01/10/2016
01	02/10/2016	02/10/2016
01	03/10/2016	03/10/2016
01	04/10/2016	04/10/2016
01	05/10/2016	05/10/2016
01	06/10/2016	06/10/2016
01	07/10/2016	07/10/2016
01	08/10/2016	08/10/2016
01	09/10/2016	09/10/2016
01	10/10/2016	10/10/2016
01	11/10/2016	11/10/2016
01	12/10/2016	12/10/2016
01	13/10/2016	13/10/2016
01	14/10/2016	14/10/2016
01	15/10/2016	15/10/2016
01	16/10/2016	16/10/2016
01	17/10/2016	17/10/2016
01	18/10/2016	18/10/2016
01	19/10/2016	19/10/2016
01	20/10/2016	20/10/2016
01	21/10/2016	21/10/2016
01	22/10/2016	22/10/2016
01	23/10/2016	23/10/2016
01	24/10/2016	24/10/2016
01	25/10/2016	25/10/2016
01	26/10/2016	26/10/2016
01	27/10/2016	27/10/2016
01	28/10/2016	28/10/2016
01	29/10/2016	29/10/2016
01	30/10/2016	30/10/2016
01	31/10/2016	31/10/2016

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

## Nº1- 36342654

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

POZA POBLITE ORIANA

APELLIDO PATERNO: POZA APELLIDO MATERNO: POBLITE NOMBRES: ORIANA

FECHA EMISION LICENCIA: 10/01/17 FECHA INICIO DE REPOSO: 10/01/17 FECHA DE NACIMIENTO: 08/05/93 EDAD: 23 SEXO: F

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_

HORA MINUTOS: \_\_\_\_\_ TRAYECTO: 1= SI 2= NO

#### 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 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): \_\_\_\_\_

DIRECCION DE REPOSO: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_

MES AÑO

CALLE: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_

VILL: \_\_\_\_\_ COM: \_\_\_\_\_

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

ESCALANTE VAQUE JORGE

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VAQUE NOMBRES: JORGE

RUN: \_\_\_\_\_ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: 1 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CALLE: QUILLOA Nº: \_\_\_\_\_

COMUN: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



DESDE	HASTA	TOTAL DIAS
03/01/10	03/01/10	01
03/01/11	03/01/11	01
03/01/12	03/01/12	01
03/01/13	03/01/13	01
03/01/14	03/01/14	01
03/01/15	03/01/15	01
03/01/16	03/01/16	01
03/01/17	03/01/17	01
03/01/18	03/01/18	01
03/01/19	03/01/19	01
03/01/20	03/01/20	01
03/01/21	03/01/21	01
03/01/22	03/01/22	01
03/01/23	03/01/23	01
03/01/24	03/01/24	01
03/01/25	03/01/25	01
03/01/26	03/01/26	01
03/01/27	03/01/27	01
03/01/28	03/01/28	01
03/01/29	03/01/29	01
03/01/30	03/01/30	01
03/01/31	03/01/31	01

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 (INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



### 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: 845960-6

#### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MEZA	BURGOS	CLAUDIA DEL CARMEN	[REDACTED]	25	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR	986006301				
CANAL	EMAIL	DATO			
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
10 01 17 Dia Mes Año	11 01 17 Dia Mes Año	3	TRES		

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 16.867).

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

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	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana
<input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial		<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

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

#### 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



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 período 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		61.972.800-1	8201149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN	TELEFONO		
Dir. Zuzueva N° 159		Quillón	Quillón	33-03-2017	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

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) Asistente Social

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev.: Plan. tal	<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	01-06-2016	01-06-2016
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:		
<input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	<input type="checkbox"/> 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 período 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 corresponden 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
	10	2016			829.806		
	11	2016			829.806		
	12	2016			956.300		

**% DESAHUCIO**  
 10,41

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 corresponden 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, 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
01	16	09	2016	16	09	2016
01	19	10	2016	19	10	2016

1=Si  
2=No

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 recepcionado el documento.

**MUNICIPALIDAD DE PUNTA ARENAL**  
 SERVICIO DE SALUD  
 DUELLON  
 DIRECCION  
 NOMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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