

REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
PARRAL
Departamento de Salud./

PARRAL,

10 de Mayo 2013

DECRETO AFECTO N° 1.098 7

VISTOS:

- 1).- El DFL N° 1-3063 del año 1980 del Ministerio del Interior.
- 2).- El artículo de 4° de la Ley 19.378, Estatuto Administrativo de Atención Primaria y sus modificaciones posteriores.
- 3).- La Ley 18.883 que aprueba el Estatuto Administrativo de Funcionarios Municipales
- 4).- Decreto Alcaldicio N° 1305 del 06.12.2012, que nombra como Alcaldesa de la Comuna de Parral a la Sra. Paula Retamal Urrutia.
- 5).- La letra G del artículo 48° de la Ley N° 19.378.
- 6).- Certificado de Licencias Médicas emitido por la unidad de personal del Departamento de Salud de Parral.
- 7).- Las facultades que me confieren la Ley N° 18.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, sus modificaciones posteriores y legislación vigente.-

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, el artículo 148 de la Ley N° 18883 Estatuto Administrativo de Funcionarios Municipales, en concordancia con el artículo 48 letra g) de la Ley 19.378, otorga la facultad al Alcalde de considerar como salud incompatible con el desempeño del cargo, haber hecho uso de licencia médica en un lapso continuo o discontinuo superior a seis meses en los últimos dos años.
- 2.- Que, no es necesaria la declaración de salud irrecuperable por parte del organismo correspondiente para declarar salud incompatible.
- 3.- El listado de licencias médicas de la Sra. María Guillermina Albornoz Seguel, cédula nacional de identidad N° 09.740.268-K, funcionaria del Centro de Salud Familiar Arrau Méndez, dependiente del Departamento de Salud Municipal de la comuna de Parral, computa más de 268 licencias médicas, según informe que se adjunta y parte integrante del presente decreto..

DECRETO:

1.- **DECLARASE**, que la Sra. MARIA GUILLERMINA ALBORNOZ SEGUEL, RUT: 09.740.268-K, posee salud incompatible con el desempeño de su cargo, por haber hecho uso de licencia médica en un lapso continuo o discontinuo superior a seis meses en los últimos dos años contados desde el 19 de noviembre del año 2011.

2.- **ESTABLEZCASE**, que la Sra. María Guillermina Albornoz Seguel, deberá cesar de su cargo desde la fecha de esta notificación.

3.- **NOTIFIQUESE**, el presente decreto a doña MARIA GUILLERMINA ALBORNOZ SEGUEL, personalmente o por carta certificada.

ANÓTESE, REFRÉNDESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.-



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



PAULA RETAMAL URRUTIA
ALCALDESA DE PARRAL

PRU/ARC/AGG/DMP/JOT
DISTRIBUCIÓN

- 1.- Contraloría Regional (2)
- 2.- I. Municipalidad de Parral ✓
- 3.- Archivo Finanzas
- 4.- Interesado
- 5.- Archivo Depto. Salud

Certifico que con fecha 12 de Diciembre de 2013 y siendo las 11:15 hrs me constituí en el domicilio de la Sra. María Guillermina Albornoz Seguel CI N° 9.740.268-K, ubicado en Población Inés Aragay, Pasaje 5 de Octubre casa 267, con el fin de notificar el decreto que precede. No siendo posible por cuanto la Sra. Albornoz Seguel desde dentro de su casa y a través de la protección de la ventana se negó a recibirlo, razón por la cual se notificará por carta certificada. Me acompañó en la diligencia el funcionario Sr. Luis Pacheco en el jeep Suzuki placa patente BTPP59. Parral 12 de Diciembre de 2013.

[Signature]
SECRETARIA MUNICIPAL DE PARRAL

Certifico además que con fecha 12 / 12 / 2013 y siendo las 13:40 hrs. notifiqué mediante carta certificada el decreto que antecede a Sra. María Guillermina Albornoz Seguel CI N° 9.740.268-K; carta dirigida al domicilio registrado en la Municipalidad, Población Inés Aragay Pasaje 5 de Octubre casa N° 267, de Parral, comprobante N° 22.548.876 de la Oficina de Correos de Parral, que contenía un ejemplar del mismo en original. Parral, 12 de Diciembre de 2013.

Complementado con envío de carta certificada con patente 22.552.793 de 12-12-2013.

[Signature]
SECRETARIA MUNICIPAL DE PARRAL

Cod: 10103



SERVICIO AL CLIENTE
WWW.CORREOS.CL 600 950 20 20

Información de precios, tarifas, condiciones de servicio y normas de uso de los servicios de correo.



SERVICIO COURIER
ENCOMIENDA NACIONAL
E INTERNACIONAL
EMS. EXPRESS MAIL SERVICE
CARTA NORMAL Y CERTIFICADA
GIROS DE DINERO
SERVICIO DE CASILLAS
Y CLASIFICADORES
SERVIPAG EXPRESS*



FORMULARIO DE ADICION
NOMBRE: AGUAYO FRANCISCO JAVIER
CARRERA: 39
CATEGORIA: CARTA CERTIFICADA EXPRES
CENTRO DE ORIGINACION DE PAQUETES: ...
CARRERA: ...
CATEGORIA: ...
CARRERA: ...
CATEGORIA: ...
CARRERA: ...
CATEGORIA: ...

ENGATEL S.A.

Formulario de Adición
NOMBRE: AGUAYO FRANCISCO JAVIER
CARRERA: 39
CATEGORIA: CARTA CERTIFICADA EXPRES
CENTRO DE ORIGINACION DE PAQUETES: ...
CARRERA: ...
CATEGORIA: ...
CARRERA: ...
CATEGORIA: ...

Chile
Presidencia Nacional e
Servicios Postales
fs.Grales.: Moneda 1155

22.549.876 Caja 1
Hora: 13:40
ARRRAL DIECIOCHO 720 T
AVE FRANCISCO AGUAYO
1294163

Puntos Total acumulados:
Puntos descontados:
Fecha expiracion puntos:

ENVIE SU DINERO DE DINERO DENTRO DEL PAIS
Y AL EXTRANJERO DE MANERA INSTANTANEA.
CORREOSCHILE MAS CERCA DE USTED.

Presión por su preferencia
CALL CENTER 600-950-2020

CONDICIONES DE SERVICIO GENERALES
...
...
...

Correos Chile Formulario de Admisión
MUNICIPAL PARRAL
Cajero: ANAVENA AGUAYO FRANCISCO JAVIER
12/12/2012-12:01
Servicio: CARTA CERTIFICADA EXPRESO
Peso: 100 grs.
Receptor: MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Destinatario: MARIA ALBORNOZ SEGUEL
Direccion: PMS ARAGAY PJE 5 DE OCTUBRE
267
Ciudad: PARRAL
Codigo Postal: 3430849
Codigo Envio: 3072440574545
Valor Servicio: \$ 1.200

Para conocer las condiciones del servicio, ingrese a www.correos.cl

Empresa de Correos Chile
Envíos de Correspondencia Nacional e Internacional y otros Servicios Postales

RUT: 40.503.000-9 Ofs.Grales. Moneda 1155

Impuesto de Timbre 0,00
Impuesto de Recargo 0,00
Dirección: MUNICIPAL PARRAL DIEZDOCHO 720 T

Cajero: ANAVENA AGUAYO FRANCISCO JAVIER
Mtd. Transacción: 31.296.131

Cod. Servicio.....	Cant.	Valor(\$)
000 CARTA CERTIFICADA..00001.....	1	1.200
Cod Segu#3072440574545		
TOTAL.....		1.200.
EFFECTIVO MONEDA NACIONAL.....		1.200.

Cliente :
Puntos acumulados en esta venta :
Puntos Total acumulados:
Puntos descontados:
Fecha expiracion puntos:

ENVÍO AL BANDO DE DINERO DENTRO DEL PAÍS
O AL EXTRANJERO DE MANERA INSTANTÁNEA.
CORRESPONDE MAS CERCA DE USTED.

Preferencia por su preferencia
VAL. MONEDA 400-950 0000

CONTENIDO DEL SERVICIO GENERAL
- Declarar detalle de contenido
- Declarar cantidad e especie de contenido
- Declarar valor real del contenido
- Declarar en lista de producto enviado
- Declarar en declaración aduanera

Correos Chile Formulario de Admisión
MUNICIPAL PARRAL
Cajero: ANAVENA AGUAYO FRANCISCO JAVIER
12/12/2012-12:01
Servicio: CARTA CERTIFICADA EXPRESO
Peso: 100 grs.
Receptor: MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Destinatario: MARIA ALBORNOZ SEGUEL
Direccion: PMS ARAGAY PJE 5 DE OCTUBRE
267
Ciudad: PARRAL
Codigo Postal: 3430849
Codigo Envio: 3072440574545
Valor Servicio: \$ 1.200

Para conocer las condiciones del servicio, ingrese a www.correos.cl

Empresa de Correos Chile
Envíos de Correspondencia Nacional e Internacional y otros Servicios Postales

RUT: 40.503.000-9 Ofs.Grales. Moneda 1155

Impuesto de Timbre 0,00
Impuesto de Recargo 0,00
Dirección: MUNICIPAL PARRAL DIEZDOCHO 720 T

Cajero: ANAVENA AGUAYO FRANCISCO JAVIER
Mtd. Transacción: 31.296.131

Cod. Servicio.....	Cant.	Valor(\$)
000 CARTA CERTIFICADA..00001.....	1	1.200
Cod Segu#3072440574545		
TOTAL.....		1.200.
EFFECTIVO MONEDA NACIONAL.....		1.200.

Cliente :
Puntos acumulados en esta venta :
Puntos Total acumulados:
Puntos descontados:
Fecha expiracion puntos:

ENVÍO AL BANDO DE DINERO DENTRO DEL PAÍS
O AL EXTRANJERO DE MANERA INSTANTÁNEA.
CORRESPONDE MAS CERCA DE USTED.

Preferencia por su preferencia
VAL. MONEDA 400-950 0000

CONTENIDO DEL SERVICIO GENERAL
- Declarar detalle de contenido
- Declarar cantidad e especie de contenido
- Declarar valor real del contenido
- Declarar en lista de producto enviado
- Declarar en declaración aduanera



REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Secretaría Municipal

Oficio N°: 162 /2013

ANT: Decreto Afecto N° 1098
MAT: Notifica
Parral, 12 de Diciembre 2013

DE : ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

A : MARIA GUILLERMINA ALBORNOZ SEGUEL

Por intermedio de la presente, notifico a usted **Decreto Afecto N° 1.098 de 09 de Diciembre de 2013**. Al efecto acompaño el mencionado documento en original adjunto a este oficio.

Sin otro particular le saluda

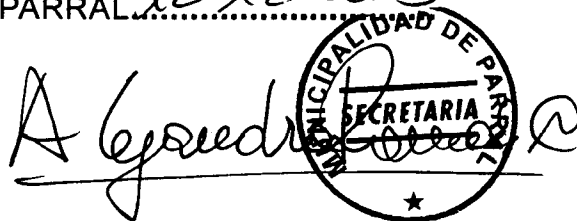

SECRETARIA MUNICIPAL
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

Distribución:

- Indicada.
- Secretaría
- Of. Partes

CERTIFICO QUE LA
PRESENTE FOTOCOPIA ES
FIEL DEL DOCUMENTO
QUE EN ESTE ACTO SE
ME EXHIBE

PARRAL 12-12-2013

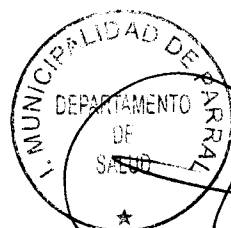

SECRETARIA MUNICIPAL
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

Parral, noviembre 19 del 2013.

INFORME LICENCIAS MÉDICAS

Nombre funcionaria: : MARIA GUILLERMINA ALBORNOZ SEGUEL
RUT : 09.740.268-K
Cargo : ADMINISTRATIVA
Categoría : E
Nivel : 11
Tipo Contrato : INDEFINIDO
Fecha Contratación : 05-01-2005
Horas Contratadas : 44 HORAS.

	N° LICENCIA	DESDE	HASTA	N° DE DIAS	MEDICO
1	29081051	24/11/2011	25/11/2011	2	RODRIGO CASTRO SEPULVEDA
2	29080981	30/12/2011	30/12/2011	1	EDGARDO GORICHON GOMEZ
3	28657667	01/03/2012	01/03/2012	1	DIANA CACERES VASQUEZ
4	36182826	09/04/2012	13/04/2012	5	JULIO PEÑA Y LILLO CONTRERAS
5	30840321	29/06/2012	29/06/2012	1	DIANA CACERES VASQUEZ
6	30840276	04/07/2012	06/07/2012	3	AURORA VILLAGRA TAPIA
7	31104392	05/09/2012	11/09/2012	7	DIANA CACERES VASQUEZ
8	30076332	09/01/2013	11/01/2013	3	CAROLINA RAMIREZ URRUTIA
9	40880927	21/03/2013	04/04/2013	15	WENSESLAO ARAYA ARAYA
10	28653961	15/04/2013	29/04/2013	15	WENSESLAO ARAYA ARAYA
11	28679256	30/04/2013	14/05/2013	15	LUIS FUENTES GUZMAN
12	40891129	15/05/2013	29/05/2013	15	WENSESLAO ARAYA ARAYA
13	28679418	30/05/2013	13/06/2013	15	RODRIGO CASTRO SEPULVEDA
14	41547156	14/06/2013	03/07/2013	20	WENSESLAO ARAYA ARAYA
15	40874668	04/07/2013	02/08/2013	30	RODOLFO MUÑOZ GAJARDO
16	40874682	03/08/2013	01/09/2013	30	RODOLFO MUÑOZ GAJARDO
17	42365909	02/09/2013	01/10/2013	30	WENSESLAO ARAYA ARAYA
18	42849033	02/10/2013	31/10/2013	30	WENSESLAO ARAYA ARAYA
19	42858525	01/11/2013	30/11/2013	30	RODOLFO MUÑOZ GAJARDO
TOTAL DE DIAS				268	



JORGE GONZALEZ FUENTES
Jefe de Personal
Depto. de Salud Parral

En Parral, con Usted Construyendo Salud Familiar



REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Secretaría Municipal

Oficio N°: 163/2013

ANT: Decreto Afecto N° 1098
MAT: Complementa Notificación
Parral, 12 de Diciembre 2013

**DE : ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL**

A : MARIA GUILLERMINA ALBORNOZ SEGUEL

Por intermedio de la presente, se complementa la notificación del Decreto Afecto N° 1.098 de 09 de Diciembre de 2013, mediante **el envío del informe de licencias médicas respecto de su persona fechado el 19 de Noviembre de 2013, y firmado por el Jefe de Personal del Departamento de Salud de Parral, Jorge González Fuentes.** Al efecto acompaño el mencionado documento en original y fotocopias de las licencias médicas correspondientes, adjunto a este oficio.

Sin otro particular le saluda

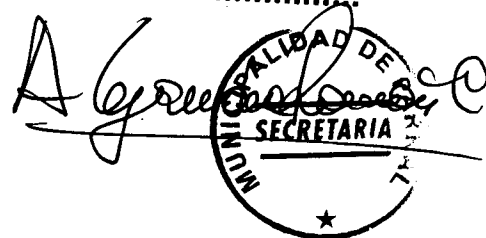

MUNICIPALIDAD DE PARRAL
SECRETARIA
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

Distribución:

- Indicada.
- Secretaría ✓
- Of. Partes

CERTIFICO QUE LA
PRESENTE FOTOCOPIA ES
FIEL DEL DOCUMENTO
QUE EN ESTE ACTO SE
ME EXHIBE

PARRAL 12-12-2013


MUNICIPALIDAD DE PARRAL
SECRETARIA

Peonina - Jomara
Licencia Médica

La COMFIN, 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

NO DE CHILE

N° 1 - 29081051

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALBONNOZ										SERUCEL										KANNIA										9740268								K	
APELIDO PATERNO										APELIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
251111										241111										49										M F		E							
FECHA EMISION LICENCIA										FECHA INICIO DE REPOSO										EDAD										SEXO									
02										DOS																													
N° DE DIAS										N° DE DIAS EN PALABRAS																													

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Ley 18.867).

APELIDO PATERNO										APELIDO MATERNO										NOMBRES										FECHA DE NACIMIENTO									

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO HORA: <input type="checkbox"/> MINUTOS: <input type="checkbox"/> TRAYECTO: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	
FECHA DE LA CONCEPCION: <input type="checkbox"/> MES / <input type="checkbox"/> AÑO	

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

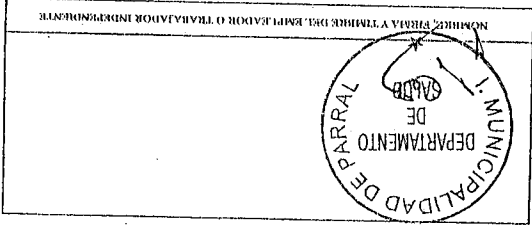
<input checked="checked" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		SOLO PARA REPOSO PARCIAL: <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO: <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO		JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCION: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA <u>PUD. Ines Maza</u> <u>PSR 5 DE SECTORA casa 267</u>			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>463711</u>			

J. J. A. S.
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASTRO										SERUQUEO										NOBNI																			
APELIDO PATERNO										APELIDO MATERNO										NOMBRES										Especialidad									
12793147										K																				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL								CORREO ELECTRONICO	
46																																							

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRA LORIA MEDICA COMFIN e ISAPRES



TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIAS	AÑO	DIAS	AÑO

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (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.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica en el empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL - DEPTO SALUD

RUN: **69130700 - K** TELEFONO: **73 464238** FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: **25 11 11**

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: **CESTAM ARRAU MENEZ**

COMUNA: **PARRAL** CIUDAD: **PARRAL** CODIGO COMUNAL USO COMPLE: **11**

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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 = PRANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, 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 = TECNICO
 15 = VENDEDOR
 16 = ADMINISTRATIVO
 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

8 / 16

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.F.P.
 CODIGO: **2** LETRA (CAJA PREV): **A.P.P.P.P.P.P.A**

CONDICION DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPEÑO

- Trabajador Afiliado a AFC: **2** (1=SI, 2=NO)
 - Contrato de duracion indefinida: **1** (1=SI, 2=NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: **05 01 05** FECHA CONTRATO DE TRABAJO: **05 01 05**

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA RACIONERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

C / **E**

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR AFILIACIONES 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.L. 1.385/80 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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1973)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 UPE)	MONTO	N° DE DIAS	
	08	2011			390.283			Remuneracion imponible mas anterior inicia licencia medica (tope 60 UPE) para trabajador afiliado a AFP.
	09	2011			587.844			
	10	2011			390.283			

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADERIAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1973)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 UPE)	MONTO	N° DE DIAS

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo o octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones imposables deben cot responder a los dias efectivamete trabajados.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARZAL - DEPTO SALUD

RUN: **69130700-K** TELEFONO: **73 464238** FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: **02 01 12**

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: **CESTAMA ARRAU MENDEZ**

COMUNA: **PARZAL** CIUDAD: **PARZAL** CODIGO COMUNAL USO COMPIN: **020112**

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

8

OCUPACION

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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL.

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.E.P.

2

CODIGO: **0000** LETRA (CAJA PREV.): **0**

NOMBRE INTE. PREV.: **A.F.P. PROVIDA**

CLASIFICACION DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP

SEGURO DE DESEMPEÑO

1 = SI
 2 = NO

-Trabajador Afiliado a AFC: **2**

-Contrato de duracion indefinida: **1**

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: **05 01 05** DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: **05 01 05** DIA MES AÑO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-5-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.R.
 D = EMPLEADOR

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **CCAF LOS HEROES**

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 F CUANDO CORRESPONDA. LAS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COFINAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.E.L. 1.306/90 DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA E.

(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 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	09	2011			587.844		
	10	2011			390.283		
	11	2011			390.283		

% DESAHUCIO

00,00

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 60 U.F.) para trabajadores afiliados a AFC.

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 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo o 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.

CONTINUA

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARRAL - DEPTO SALVA

RUN: **69130700-16** TELEFONO: **73464238** FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: **020312**

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: **CESTAM ARRAU MENDEZ**

COMUNA: **PARRAL** CIUDAD: **PARRAL** CODIGO COMUNAL USO COMPIN: **020312**

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

OCUPACION

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).

Actividad: **8** Ocupacion: **16**

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO: **2** LETRA (CAJA PREV.): **2**

NOMBRE INT. PREV.: **A.F.F. ZOUIDA**

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO

-Trabajador Afiliado a AFC: **2** (1=SI, 2=NO)
 -Contrato de duracion indefinida: **1** (1=SI, 2=NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: **050105** FECHA CONTRATO DE TRABAJO: **050105**

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

Subsidio: **C**

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. 13663/89 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 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS	
	12	2011		B	607.357	D	E	
	01	2012			409.796			
	03	2012			412.996			

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 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
				B	C	D	E

La informacion 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.

CONTINUA

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. 13

MINISTERIO DE SALUD

Fecha: 11/04/2012

N° 2- 36182826

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

<

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARRAL - DPTO SALUD

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

RUN **69130700 - K**

TELEFONO **73 464230**

DIA **09** MES **04** AÑO **12**

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR **CGS FAMILIAR ARRAU MENDEZ**

COMUNA **PARRAL**

CIUDAD **PARRAL**

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

8

OCUPACION

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).

16

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAAF

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INF.
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO **2** LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. **A.F. ARRAU MENDEZ**

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

SEGURO DE DESEMPEÑO

-Trabajador Afiliado a AFC **2** 1 = SI 2 = NO
 -Contrato de duracion indefinida **1** 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL **05 01 05**

FECHA CONTRATO DE TRABAJO **05 01 05**

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = FULTUAL
 G = NP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO **CCAF LOS HEROES**

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. 1.306/80 ADIEMAS 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 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E
	01	2012			409.796		
	02	2012			409.796		
	03	2012			409.796		

% DESAHUCIO

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADIEMAS 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 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los años efectivamente trabajados.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICI PALI DAD DE PARAC - DEPTO SALUD
 RUN: TELEFONO: FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR:
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR:
 COMUNA: CIUDAD: CODIGO COMUNAL USO COMBIN:

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

OCUPACION

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).

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.E.P.

CODIGO: LETRA (CAJA PREV): NOMBRE INT. PREV.:

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAI:

SEGURO DE DESEMPLEO

-Trabajador Afiliado a AFC: 1=SI 2=NO
 -Contrato de duracion indefinida: 1=SI 2=NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL:
 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO:
 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.E.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANO Y/O MES 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.L. 1.3688 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 DEL N° 44, 1975)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DE SUBSIDIO
	MESES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 UFL)	MONTO	N° DE DIAS	
	A			B	C	D	E	
	03	2012			409.796			
	04	2012			631.066			
	05	2012			409.796			

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 DEL N° 44, 1975)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		
	MESES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 UFL)	MONTO	N° DE DIAS	
	B			B	C	D	E	

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo o noveno día que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajadores dependientes o independientes, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.



GOBIERNO DE CHILE

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.

04-07-2012
MINISTERIO DE SALUD

N° 1 - 30840276

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ALBORNOS	SERPUOL	MARIE-GRACIA	P740268-4

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	EDAD	M/F
040712	040712	50	F

N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS
03	4525

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).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA MES AÑO

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 (3):

DIRECCION: CALLE, N°, DEPTO; COMUNA: Pobl. Juanes Arpey, Pta 1, N° 267, Parro 11.

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 63136100

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD
VILLEPRE	TEJEDA	AURORA	1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA

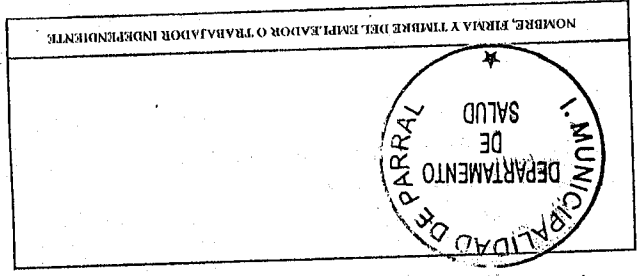
RUN: 12360088-6

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 28 P40-5

CORREO ELECTRONICO:

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	AÑO	MES

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION 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 siguientes de recepcionado el documento.

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

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

T M U N I C I P A L I D A D D E P A R R A C - S E P T O S A L U D

69130700 K 73 464238 04 07 12

RUN TELEFONO DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR CESFAM ARRAU MENDEZ

PARRAL PARRAL

COMUNA CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

0

OCUPACION

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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

2

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

SEGURO DE DESEMPLEO

-Trabajador Afiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO
 -Contrato de duracion indefinida 1 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 05 01 05 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 05 01 05 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO C C A F L O S H E R O E S

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. 1.361/99 ADENAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA D.

(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 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS	
	A			B	C	D	E	
	04	2012			631.866			Remuneración imponible tres meses anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC. \$
	05	2012			409.796			
	06	2012			631.866			

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS 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 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

CONTINUA

CONTINUA



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° 5/1994.

FECHA: 05/09/2012 MINISTERIO DE SALUD

N° 1 - 31104392

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: ALMONOZ APELLIDO MATERNO: SEGUEL NOMBRES: MARIA

RUN: 9740268 - R

FECHA EMISION LICENCIA: 05/09/12

FECHA INICIO DE REPOSO: 05/09/12

EDAD: 50

SEXO: F

N° DE DIAS: 07

N° DE DIAS EN PALABRAS: SIETE

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).

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES:

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 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 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA: Polv. Wés Arroyo, Calle 1 N° 267, Paine

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 63136100

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: QACERES APELLIDO MATERNO: VASQUEZ NOMBRES: DIANA

RUN: 23005764 - 9

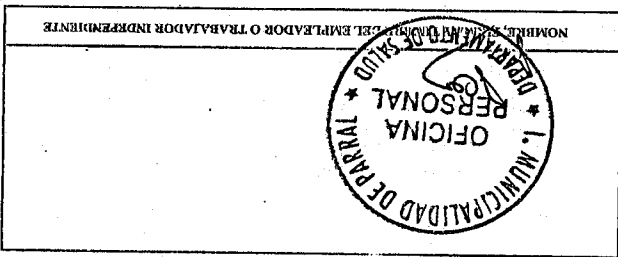
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 30944-3

CORREO ELECTRONICO:

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION 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 siguientes de recepción del documento. 1 = SI 2 = NO

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARRAL - DEPTO SALUD

RUN: 69130700-K TELEFONO: 73 464238 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 05 09 12

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: CESFAM ARRAU MENDEZ

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USG COMUNA:

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR: 8 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.

OCUPACION: 16 = ADMINISTRATIVO

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

REGIMEN PREVISIONAL: 2 = D.L. 3509 A.E.P. CODIGO: LETRA: NOMBRE INT. PREV. AF??200 DNA

CALIDAD DEL TRABAJADOR: 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP: SEGURO DE PREVISION: Trabajador Afiliado a AFP: 2 Contrato de duracion limitada: 1

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 05 01 05 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 05 01 05

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7: A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6: E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS. (INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Table with columns: CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES, REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES, SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL.

SE DESAHUCIO: La incapacidad... correspondiente a los 3 meses... que se produce al inicio de la... de... de... independiente... Las remuneraciones... desde el... desde...

Table for maternal leave: EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE. Similar structure to the previous table.

La incapacidad... correspondiente a los 3 meses... que se produce al inicio de la... de... de... independiente... Las remuneraciones... desde el... desde...

CONTINUA

CONTINUA

Licencia Médica

FECHA 09 / 01 / 2013

MINISTERIO DE SALUD

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.

N° 1 - 30076332

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (ALBORNOZ), APELLIDO MATERNO (SEGUEL), NOMBRES (MARIA), RUN (92402691), FECHA EMISION LICENCIA (09/01/13), FECHA INICIO DE REPOSO (09/01/13), EDAD (50), SEXO (F), N° DE DIAS (03), N° DE DIAS EN PALABRAS (TRES).

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).

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

A.3. TIPO DE LICENCIA

Licence type selection: 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. Includes fields for recuperability, start of disability, and date of accident.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL. Includes fields for location (SU DOMICILIO, HOSPITAL, OTRO DOMICILIO), justification, and contact information.

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Professional identification: APELLIDO PATERNO (RAMIREZ), APELLIDO MATERNO (CANAUT), NOMBRES (CAROL), ESPECIALIDAD (MED. GEN.), RUN (13067810-6), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (26266-3), CORREO ELECTRONICO.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRA OFICINA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

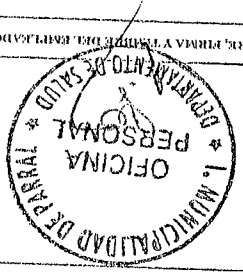


Table for recording rest days: Columns for total days, rest days, and work days, with sub-columns for year, month, and day.

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

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES ()

Vertical text on the left margin: 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 de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Deberá presentar la licencia médica a plenitud dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RUN TELEFONO DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR:

COMUNA CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMUN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETROLIOS 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.

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
 12 = PROFESOR
 13 = OTRO PROFESIONAL.
 14 = TECNICO
 15 = VENDEDOR
 16 = ADMINISTRATIVO
 17 = OPERARIO, TRABAJADOR PERSONAL
 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3509 A.F.P.

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE DTC PREV.

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 15.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 15.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CAJA

SEGURO DE DESempleO

Trabajador Afiliado a A.P.C.
 Contrato de Ingreso Laboral

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7
 A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.R.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-8
 E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

ESTE INFORME DEBE SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR O POR EL EMPLEADOR PARA TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR AGUENTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D, E Y F CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE CUMPLAN PARA DESempleO Y AGUENTADOS EN VIRTUD DEL D.L. 1.060/98 ADENMAS 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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.L. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESempleO
	MES	AÑO	N° DE DIAS	B	C	D	E	
	10	2012			409.796			
	11	2012			409.796			
	12	2012			636.058			

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL D.L. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		En caso de licencias maternales (tipo 3) se debe llenar este cuadro...
	MES	AÑO	N° DE DIAS	B	C	D	E	



Licencia Médica

La COMPIJN, 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.

FECHA: 21.03.2013
MINISTERIO DE SALUD

N°2- 40880927

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

6	L	B	O	R	N	O	Z	S	E	S	U	E	L	N	A	D	K	A	S	U	J	I	L	9	A	4	0	2	6	8	K
APELLIDO PATERNO							APELLIDO MATERNO							NOMBRES							RUN										

FECHA EMISION LICENCIA: 20 03 13

FECHA INICIO DE REPOSO: 21 03 13

EDAD: 50

M 6 F: M F
SEXO

N° DE DIAS: 15

N° DE DIAS EN PALABRAS: QUINCE

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natalas. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO															APELLIDO MATERNO															NOMBRES															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 HIJO MENOR DE 1 AÑO
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

1 = SI 2 = NO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [] [] [] [] [] []
DIA MES AÑO

TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [] [] [] []
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

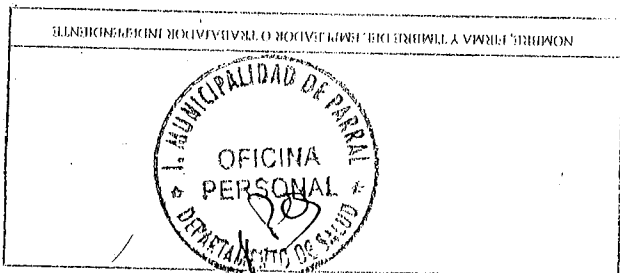
DIRECCION: CALLE, N°, DEPTO., COMUNA: Trés Cruces 5 de Octubre 267 Puelmo 11

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 63136100

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: <u>APAREK</u>	APELLIDO MATERNO: <u>APAREK</u>	NOMBRES: <u>Wenceslao</u>	ESPECIALIDAD: <u>Neurologo</u>
RUN: <u>12065065</u>	REGISTRO COLEGIATO PROFESIONAL: <u>2054</u>	CORREO ELECTRONICO: <u>a.pinto@25puelmo.cl</u>	1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIJN e ISAPRES



TOTAL DIAS			
HASTA	DESDE	DIAS	MES

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

1 = SI 2 = NO

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

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su emp.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los 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.

RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

DECLARACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

UNIVERSIDAD DE ZARZAL - DEPTO SALUD

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

9130700 - K 73 464288 210313

RUTIN TELEFONO DIA MES AÑO
 DE CUMPLE TRABAJADOR C E S F A M Z A R R A U M E N D E Z

2 A L 7 A R Z A L CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR
 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.

OCUPACION
 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).
 16

DECLARACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAAF

REGIMEN PREVISIONAL
 1501 INT.
 1500 A EP.
 LETRA (CAJA PREV.)
 3.7.2013/DA

CATEGORIA DEL TRABAJADOR
 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.811.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.811.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.
 2

SEGURO DE DESEMPLEO
 Trabajador Afiliado a AFC: 2 1 = SI, 2 = NO
 Contrato de duracion indefinida: 1 1 = SI, 2 = NO

AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 050105
 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 050105
 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7
 A = SERVICIO DE SALUD
 B = CASPRE
 C = CCAAF
 D = EMPLEADOR
 C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6
 E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CCAAF LOS HEROES

DECLARACION DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIO

EL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ABYCIACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CORRESPONDIENTE.
 EL SECTOR PUBLICO QUE COPIAZA PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.E.L. 1.860/09 DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N° 41.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
MESES	ANO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
			B	C	D	E
2	2012	1		656.058		
1	2013			420.287		
2	2013			420.287		

% DESAHUCIO
 0,00

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N° 41.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
MESES	ANO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.



GOBIERNO DE CHILE

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.

17/04/2013

MINISTERIO DE SALUD

N° 1 - 28653961

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALBARRINO	BERNARDI	NARIKI JULI	9740268	K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	

130413
FECHA EMISION LICENCIA

15	04	13	50
DIA	MES	AÑO	EDAD

M F
F
SEXO

15
N° DE DIAS

QUINCE
N° DE DIAS EN PALABRAS

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						

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
<input type="checkbox"/> 2	2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
<input type="checkbox"/> 3	3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
<input type="checkbox"/> 4	4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
<input type="checkbox"/> 5	5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
<input type="checkbox"/> 6	6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
<input type="checkbox"/> 7	7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI
	2 = NO		2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO				
	DIA	MES	AÑO	

HORA	MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI
			2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION			
	MES	AÑO	

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
<input type="checkbox"/> 2	2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
		B = TARDE
		C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO
	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SU(S) OTRO(S) (3)

DIRECCION : CALLE, N°; DEPTO; COMUNA Av. S. Ochoaie No 267 Pudahuel

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 63236100

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ALBARRINO	BERNARDI	WENDEL	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	

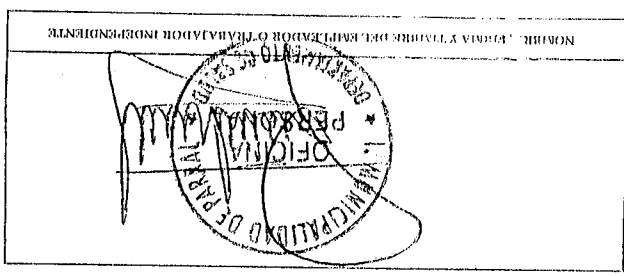
12665060	21
RUN	

TEL: 70070 REGISTRO COLEGIADO PROFESIONAL: Q. Puerto 92 CORREO ELECTRONICO:

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO
 2 = ENFERMERA
 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Art. 15 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud e Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

1 = SI 2 = NO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C/A LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 tres 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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I MUNICIPALIDAD DE PARRAL - SEPTO SALUD

RUN: 69130700 - K TELEFONO: 73-464238 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 17/04/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: CESFAM ARZAU MENDEZ

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL

CODIGO COMUNAL USO COMPIN: []

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

8

OCCUPACION

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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL: 2 (1 = D.L. 3501 INP, 2 = D.L. 3500 A.F.P.)

CALIDAD DEL TRABAJADOR: 2 (1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834, 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834, 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO, 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

SEGURO DE DESEMPEÑO: 2 (1 = SI, 2 = NO) - Trabajador Afiliado a AFC

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 05/01/05 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 05/01/05

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENIR LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7: C (A = SERVICIO DE SALUD, B = ISAPRE, C = C.C.A.F., D = EMPLEADOR)

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6: [] (E = SERVICIO DE SALUD, F = MUTUAL, G = INP, H = EMPLEADOR)

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CCAF - LOS HEROES

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBE REGISTRAR ANUALMENTE EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE CUMPLAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.206 Y ADICIONAL DEBE REGISTAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAECIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A TRES MESES (D.F.L. N° 41, 1978)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	% DESAHUCIO
	MES	AÑO	N° DE DIAS			
	01	2013				
	02	2013				
	03	2013				

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO Y) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A TRES MESES (D.F.L. N° 41, 1978)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
	MES	AÑO	N° DE DIAS		

Remuneración imposible mes anterior inicio licencia médica (tipo Y) para trabajador afiliado a AFC.

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.

CONTINUA

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

GOBIERNO DE CHILE

N° 1 - 28679256

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL.

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (ALBORNOR), APELLIDO MATERNO (SEGUE), NOMBRES (MARIA), RUN (9340268), K.

FECHA EMISION LICENCIA: 29 04 13

FECHA INICIO DE REPOSO: 30 04 13

SEXO: F

N° DE DIAS: 15

N° DE DIAS EN FALTA: 01 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00

FECHA DE NACIMIENTO: 00 00 00 00 00 00

A.2. IDENTIFICACION DEL DUEÑO (Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Ans. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667).

Form fields for owner identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN.

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form with radio buttons for license type: 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN, 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA, 3 = LICENCIA MATERNA, 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.

A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form with radio buttons for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL, SOLO PARA REPOSO PARCIAL, A = MAÑANA, B = TARDE, C = NOCHE.

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO (CORTAZO), APELLIDO MATERNO (BENAVENISTE), NOMBRES (Luis), RUN (15615246-0), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (3500115), CORREO ELECTRONICO (33610878).

Handwritten address: Calle Pte. Ines Arce # 267, Pte. Panel, Pob. Ines Arce. Signature of the worker.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

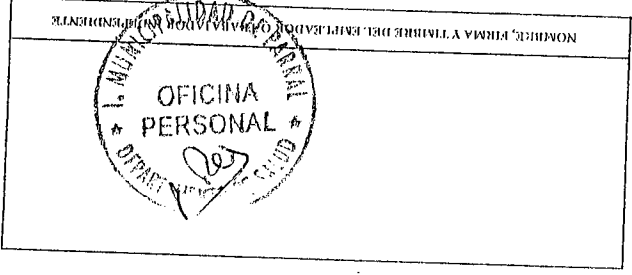


Table with columns: TOTAL DIAS, DESDE, HASTA, DIA, MES, AÑO.

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

04. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo. Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles siguientes de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Deberá presentar la licencia médica al empleador dentro de los dos días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INCAPACITADO

MUNICIPALIDAD DE ZARRAL - DEPTO SALUD

RUT 69130700-K TELEFONO 73464230 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 300413 DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR CESFAM ZARRAL ARRAU MENDEZ

ZARRAL ZARRAL COMUNA CIUDAD CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

8

OCUPACION

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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO 2 LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. A.F.P. 2002.129

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador Afiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO

Contrato de duracion indefinida 1 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 050105 DIA MES AÑO FECHA CONTRATO DE TRABAJO 050105 DIA MES AÑO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CCAF LOS HEZUES

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 F CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESEMPLEO Y AQUELLOS TRANSASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.060 TAMBIEN 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 CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A 15 DIAS (ART. 10 DEL N° 4, 1978)			SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPR. 60 U.F.)	MONTOS	N° DE DIAS		
								A	
	01	2013			430.287				9
	02	2013			430.287				
	03	2013			523.284				

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR, ADENMAS EL REGISTRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A 15 DIAS (ART. 10 DEL N° 4, 1978)			SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPR. 60 U.F.)	MONTOS	N° DE DIAS	
								A

Renumeracion imponible mes anterior inicio licencia medica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

CONTINUA



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.

12 05 2012 MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 40891129

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: ALBORNOZ APELLIDO MATERNO: SEKUR NOMBRES: NAKA GUIL RUN: 9740268 - K
 FECHA EMISION LICENCIA: 140513 FECHA INICIO DE REPOSO: 150513 DIA: 15 MES: 05 AÑO: 13 EDAD: 50 M-F: F SEXO: F
 N° DE DIAS: 15 N° DE DIAS EN PALABRAS: QUINTE

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).

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: FECHA DE NACIMIENTO: 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
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA: MES: AÑO: TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO
 HORA: MINUTOS: FECHA DE LA CONCEPCION: MES: AÑO:

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

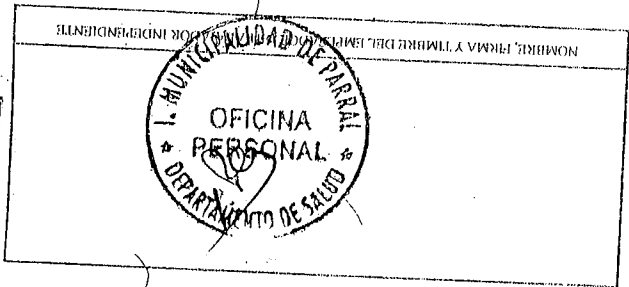
1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A = MAÑANA, B = TARDE, C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) :
 DIRECCION - CALLE, N°, DEPTO., COMUNA: - P.O. 2. Aysén, P.O. 5 de Octubre 207, P.O. 91352345
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: KRAKRA APELLIDO MATERNO: KRAKRA NOMBRES: WENCKE ESPECIALIDAD: Neurologo
 RUN: 12065060 - 2 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 20504-4 CORREO ELECTRONICO: a.fuente@25pauel.cl
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature] 1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	AÑO	MES

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

TRABAJADOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

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

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I M U N I C I P A L I D A D D E P A R A Z A L - D E P T O S A L U D

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

RUN 69130700-K

TELEFONO 73-464238

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR DIA 15 MES 03 AÑO 13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR CESFAM AZRAU MENDEZ

COMUNA PARRAL

CIUDAD PARRAL

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

8

OCUPACION

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).

16

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 IND.
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

2

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. A.F.P. PROVISIONAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

SEGURO DE DESEMPEÑO

1 = SI
 2 = NO

-Trabajador Afiliado a AFC: 2

1 = SI
 2 = NO

-Contrato de duración indefinida: 1

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 05/01/05

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 05/01/05

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REGIMINERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1 2 3 4 6 7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

B = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = ISAP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CCAF LOS HEROES

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBE REGISTRAR ANUACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE CONTINUAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.E.L. 18.629 ADONDE 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 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MESES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORE MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS	
	A			B	C	D	E	
	02	2013			430.207			
	03	2013			523.204			
	04	2013			709.829			

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS 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 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORE MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.C.A.F.A.



GOBIERNO DE CHILE

Licencia Médica

La COMUPIN, 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.

30/05/13

N° 1 - 28679418

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **ALBONOR** APELLIDO MATERNO: **SAGUAC** NOMBRES: **MARIA** RUN: **9740268-K**

FECHA EMISION LICENCIA: **29/05/13**

FECHA EMISION DE REPOSO: **30/05/13**

M ó F: M F

N° DE DIAS: **15**

APELLIDO PATERNO: **ALONSO**

A.2. IDENTIFICACION EN EL EMPLEO (para licencias por enfermedad que cubren a un solo empleador o para médicos)

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1 = REPERCUSSION ECONOMICA CONTINUA
- 2 = PROTECCION MEDICA PREVENTIVA
- 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATALE
- 4 = REPERCUSSION ECONOMICA POR ACCIDENTE DE TRABAJO
- 5 = ACCIDENTE POR CAUSA DE TRABAJO
- 6 = REPERCUSSION ECONOMICA CONTINUA
- 7 = FALTA POR ENFERMEDAD

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE EN EL TRABAJO O DEL TRAVECTO: _____

HORA: _____ MINUTOS: _____ TRAVECTO: SI NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: SI NO

A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE

LUGAR DEL REPOSO: 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

DIRECCION: CALLE, N°, DISTRITO, COMUNA: _____

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **63136100**

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*

ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **CASTAÑO** APELLIDO MATERNO: **SAGUAC** NOMBRES: **LUIS**

RUN: **12793147-A**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

SALUDADOR SECTOR PATERNO: _____ SALUDADOR INDEPENDIENTE: _____ SALUDADOR DEPENDIENTE: _____

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

--

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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.

1 = SI 2 = NO

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

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

D. A U N I C I P A L I D A D P A N A M A L - D E P T O S A L U M A

6 9 1 3 0 7 0 0 - K + 3 - 4 6 5 2 1 8

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

3 0 0 5 1 3

RUN DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

P O N A M A L

P A N A M A L

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

8

OCUPACION

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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. AP PROVEDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

-Trabajador Afiliado a AFC 1 = SI
 2 = NO

-Contrato de duracion indefinida 1 = SI
 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

0 5 0 1 0 5

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

0 5 0 1 0 5

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REGENERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORE MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 ULE)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	N° DE DIAS			MONTO	N° DE DIAS
	07	2013			430.28		
	08	2013			523.20		
	09	2013			707.82		

% DESAHUCIO

,

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 ULE) para trabajador afiliado a AFC:

\$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR, ADENAS EL REGISTRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORE MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 ULE)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	N° DE DIAS			MONTO	N° DE DIAS

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.

CONTINUA



Licencia Médica

14 06 2013

MINISTERIO DE SALUD

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.

N° 2- 41547156

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALBO	RNO	SE	SUEL	TR	ARC	A	GU	IL	97	40	26	8	K
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES		RUN			

13	06	13
FECHA EMISION LICENCIA		

14	06	13
FECHA INICIO DE REPOSO		
DIA	MES	AÑO

58
EDAD

M	F
F	
SEXO	

20
N° DE DIAS

VEINTE
N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post nates. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				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 HIJO MENOR DE 1 AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

4

RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO FRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO
-------------------------	--	---------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO					
DIA MES AÑO					

HORA	MINUTOS
TRAYECTO	
<input type="checkbox"/> 1 = SI	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
		B = TARDE
		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 Pobl. Mis. Puangay
de 5 de Octubre - 267 Pango

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 91352345

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

AP	AK	AK	AK	AK	AK	AK	AK	AK	AK	AK	AK	AK	AK
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES					

97	51	65	66	2
RUN				
27	50	75	7	
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				

FIRMA DEL TRABAJADOR Mecisloro

ESPECIALIDAD 1 = MEDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

CORREO ELECTRONICO

TE Bvin 330 Pango

NO ABRIR - USO EXCLUSIVO CONTROLATORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

OFICINA PERSONAL

MINISTERIO DE SALUD

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIAS	MES	DIAS	MES

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

1 = SI

2 = NO

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

ABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su emp... dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
ABAJADOR 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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PAZAZA - DEPTO SALVA

RUN 69130700 K TELEFONO 73 2464238

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

14 06 13
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE COMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR CESFAM PAZAZA MENDOZA

PAZAZA PAZAZA
COMUNA CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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.

8

OCCUPACION

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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INC.
2 = D.L. 3500 A.F.P.

2

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE ENT. PREV. A.F.P. PAGOZSA

CATEGORIA DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.831.
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.831.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAAF

SEGURO DE DESEMPLEO

1 = SI
2 = NO

Trabajador Afiliado a APC **2**

Contrato de duracion indefinida **1**

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 05 01 05
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 05 01 05
DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = CCAAF
D = EMPLEADOR

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

B = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INF
H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CCAAF LOS HEROES

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES MENSUALES Y/O SUBSIDIOS

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	DE DIAS	II	C	D	E
	03	2013			523.284		
	04	2013			709.029		
	05	2013			461.286		

% DESAHUCIO

Remuneración imposible mes anterior inicio licencia médica: (topé 90 U.F.) para trabajador afiliado a APC.

\$

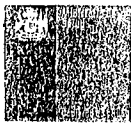
EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	DE DIAS	II	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anterior 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 efectivamente trabajados.

CONTINUA



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.

05 07 2013
MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 40874668

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
A Z P O R N O Z				S E G U E R				M A R I A G U I C				8 7 4 0 2 6 8 - A			

FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO			EDAD			SEXO
0 9 / 0 7 / 1 3		0 4 / 0 7 / 1 3			3 1 1			F

N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS									
3 0		T R A E T A N T A									

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).

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				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 HIJO MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: SI / NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: SI / NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: / /

TRAYECTO: SI / NO

FECHA DE LA CONCEPCION: / /

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL:

A = MAÑANA
 B = TARDE
 C = NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION - CALLE N° - DEPTO. - COMUNA: Robb Tres, Moquegua 205, Arema

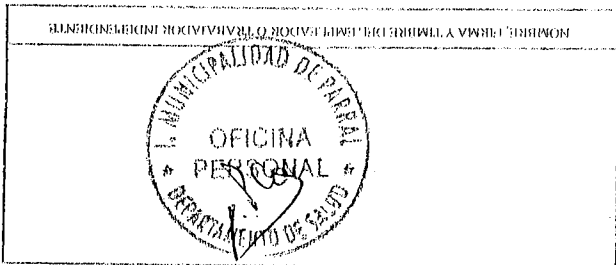
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

[Firma manuscrita]
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				ESPECIALIDAD			
A Z P O R N O Z				O A M O R R O				R E S U E C I A				1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
RUN				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO							
206400				18528											

NO ABRIR USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES

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

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

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles siguientes 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 siguientes de la fecha de inicio del reposo.

**RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
LICENCIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

C I T A L I D A D D E P A R R A L - D E P T O S A L U D

30700-K 73-2464238 050713
TELÉFONO DIA MES AÑO

EMPLEADOR C E S F A M A R R A V H E N D E Z

MUNICIPALIDAD P A R R A L C I U D A D

CODIGO COMUNAL
USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR
AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
MINERAS, PETROLIOS Y CANTERAS.
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
CONSTRUCCION.
ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
COMERCIO.
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
SERVICIOS FINANCIEROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS.
SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES Y INTERNACIONALES.
ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

OCCUPACION
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).

FECHA DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL
LETRA (CAJA PREV.)
R.C.P.M.

CLASIFICACION DEL TRABAJADOR
1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 13.334.
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 13.334.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAE

SEGURO DE DESEMPLEO
Trabajador Afiliado a AFC 2 1= SI 2= NO
Contrato de duracion indefinida 1 1= SI 2= NO

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO
050105
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO
050105
DIA MES AÑO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7
A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = CCAE
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 8-9
E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO C C A F L O S H E R O C S

REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS
DEBE REGISTRAR ANTE LA COMISAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBE REGISTRAR ANTE LA COMISAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO DEBE REGISTRAR ANTE LA COMISAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

MES ANTERIOR	REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ARTICULO DEL N° 44, P° 2°)		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	A	B		D	E
2013			704.829		
2013			461.206		
2013			704.829		

% DESAHUCIO
[] , []
Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.
\$ []

CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

MES ANTERIOR	REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ARTICULO DEL N° 44, P° 2°)		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	A	B		D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.
Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

CONTINUA



Licencia Médica

05/08/2013 MINISTERIO DE SALUD

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.

N° 2 - 40874682

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (AZORRAGA), APELLIDO MATERNO (SEQUEZ), NOMBRES (MARIA OLIVIA), RUN (5740268), FECHA EMISION LICENCIA (01/08/13), FECHA INICIO DE REPOSO (03/08/13), EDAD (50), SEXO (F), N° DE DIAS (30), N° DE DIAS EN PALABRAS (TREINTA).

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

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

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form for license type selection: 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN, 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA, 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL, 4 = ENFERMEDAD GRAVE DEL TRABAJADOR DE 1 AÑO, 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO, 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL, 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO. Includes fields for recuperability, date of accident, and date of conception.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL, SOLO PARA REPOSO PARCIAL, A = MAÑANA, B = TARDE, C = NOCHE. Includes location of rest (1 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO) and address details.

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Form for professional identification: APELLIDO PATERNO (GARCIA), APELLIDO MATERNO (GONZALEZ), NOMBRES (ANDRÉS), RUN (A923416), REGISTRO COLECCION PROFESIONAL (138525), ESPECIALIDAD (MEDICO).

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su jefe. TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los días hábiles contados de la fecha de inicio 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 periodo de reposo.

NO ABRIR USO EXCLUSIVO CONTRA/OBRAS/MIEMBROS COMITALE ISAPRES



Table with columns for TOTAL DIAS, HASTA, and FROM, with sub-columns for ANO, MES, DIA.

CA. LICENCIAS ATRÁS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION 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 siguientes de recepción del documento.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR IDENTIFICACION

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR IDENTIFICACION

RUT: 691301700-K TELEFONO: 73-2404238 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 05/06/13
 DIA: 05 MES: 06 AÑO: 13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: CESFAM A22AVU MENDEZ

COMUNA: A22AVU CIUDAD: A22AVU CODIGO COMUNAL USO COMPIN: A22AVU

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 - AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PECUA
 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

2

OCCUPACION

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)

16

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP: 05/06/13

REGIMEN PREVISIONAL

1 - D.L. 3501 INT.
 2 - D.L. 3500 A.E.C.

CODIGO: 2 LETRA (CAJA PRIVA): 2
 NOMBRE INT. PRIV.: A.F. Z. ZOU. DIA

CATEGORIA DEL TRABAJADOR

1 - TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFILIADO A LA LEY N° 18334
 2 - TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFILIADO A LA LEY N° 18334
 3 - TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
 4 - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

2

SEGURO DE DESEMPEÑO

Trabajador Afiliado a APC: 2 (1=SI, 2=NO)
 Contrato de duracion indefinida: 1 (1=SI, 2=NO)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 05/01/05 DIA: 05 MES: 01 AÑO: 05
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 05/06/13 DIA: 05 MES: 06 AÑO: 13

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O PAGAR EL LA REINTEGRACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-5-7: C (A=SERVICIO DE SALUD, B=ISAPRE, C=CCAF, D=EMPLEADOR)
 SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6: B (A=SERVICIO DE SALUD, B=MUTUAL, C=ISP, D=EMPLEADOR)

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CCAPF LOS HERODES

C.3. INFORMACION DE REMUNERACIONES, RENTAS Y/O SUBSIDIOS

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A DIEZ (ART. 41, 197R)	TOTAL REMUNERACIONES IMPOSIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (10PE 90 U.T.)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MESES	AÑO	RENTAS			MONTO	RENTAS	
	05	2013			461.206			
	06	2013			794.829			
	07	2013			461.206			

EN CASO DE LICENCIAS MATERIALES (TIPO A) SE DEBE IDENTIFICAR SI SE TRATA DE UNO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A DIEZ (ART. 41, 197R)	TOTAL REMUNERACIONES IMPOSIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (10PE 90 U.T.)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MESES	AÑO	RENTAS			MONTO	RENTAS

CCAF

Remuneración imposible mes anterior inicio licencia médica (10PE 90 U.T.) para trabajador afiliado a APC.

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.



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.

03.09.2013
MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 42365909

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO ALBORNOZ				APELLIDO MATERNO SEGURA				NOMBRES DANIELA SUJIL				RUN 8740268-K			
FECHA EMISION LICENCIA 02/05/13				FECHA INICIO DE REPOSO 02/05/13				EDAD 50		SEXO F		M ó F			
N° DE DIAS 30		N° DE DIAS EN PALABRAS TREINTA													

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).

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO				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: SI / NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: SI / NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA MES AÑO

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

OTRO DOMICILIO (3):

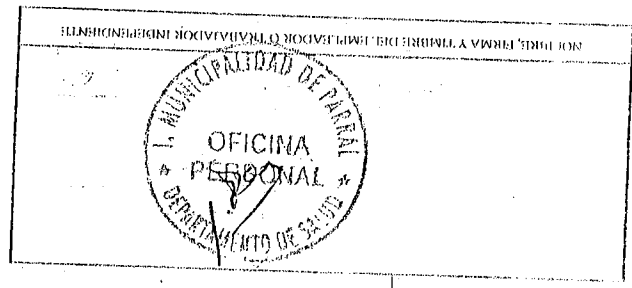
DEPARTAMENTO, CALLE N°, DEPTO., COMUNA: Reg. José Cayuga
Bo. 5 de Octubre 267 Temuco

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 9740268-K

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO ARRAZA				APELLIDO MATERNO KRAK				NOMBRES WENDELSON				Especialidad Neurologo			
RUN 1756566-2				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL 203444				CORREO ELECTRONICO Buin 339 Pauer				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA			

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO. CONTROLADORA MEDICA COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	

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.

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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 cambiado de total a parcial y viceversa. Art:16 D.S. N° 3/1984.

N° 2 - 42849033

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONISTA

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: ALBORNOS | APELLIDO MATERNO: SESUEL | NOMBRES: NIKERH A SUIL | RUN: 9740268 - K
 FECHA EMISION LICENCIA: 01/10/13 | FECHA INICIO DE REPOSO: 02/10/13 | EDAD: 51 | SEXO: M
 N° DE DIAS: 30 | N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.

APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | NOMBRES: | FECHA DE NACIMIENTO: | RUN:

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2 = PRORROGA MEDICHA 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: | TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO
 HORA: | MINUTOS: | FECHA DE LA CONCEPCION: | MES: | AÑO:

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DEL REPOSO: 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO ()
 DIRECCION: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA: Pobl. de Quilicura, Jr. 5 de Octubre 267, Pabellón -
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 91352345, 63735100

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: KRATZ | APELLIDO MATERNO: KRAZK | NOMBRES: GONZALEZ | ESPECIALIDAD: Neurologo
 RUN: 7206560 - 2 | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 20044 | CORREO ELECTRONICO: wenceslao.a.araya@...
 TEL: 2750707 | Firma: Wenceslao A. Araya A.

NO ABRIR: USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD LICENCIADORA MEDICA COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION 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 siguientes de recepción del documento.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica... TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica... 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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Municipalidad de Parra - Depto Salud

RUT: 69130700-K TELEFONO: 73-2464238 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 02/01/13

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Caspam Arcau Mandaz

COMUNA: Parra CIUDAD: Parra CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETROLEROS Y CANTERAS.
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
 3 = CONSTRUCCION.
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
 5 = COMERCIO.
 6 = TRANSPORTES, 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.

8

OCUPACION

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).

16

C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y DEFERIDAD VACACIONAL DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 B.P.
 2 = D.L. 3500 A.P.P.

2

LETRA (C/A/B/E): Provida

CATEGORIA DE TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR DECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 17.800.
 2 = TRABAJADOR DECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 17.800.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR ESTATAL.

2

SEGURO DE INDEMPLEO

Trabajador Afiliado a AFC: 1 = SI, 2 = NO

2

Contrato de duracion indefinida: 1 = SI, 2 = NO

1

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 05/01/05 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 05/01/05

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO VACACIONAL Y LA REINTEGRACION

SEGURO DE VIDA TIPO 5 5 4 4 7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = INAFOP
 C = CCFL
 D = EMPLEADOR

C

SEGURO DE SALUD TIPO 5 5 6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INAFOP
 H = EMPLEADOR

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CCFL Los Héroes

C.3. INFORMACION DE REGIMEN DE INCAPACIDAD LABORAL Y SUBSIDIOS

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDE LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A O IGUAL AL DEL 10% DEL 100%	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PREVIOSOS Y SALUDISTAS 60 DIAS	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MES	ANO	PERIODO			FORMA	PERIODOS	
	07	2013	A		461.286	D	E	
	08	2013	A		461.286	D	E	
	09	2013	A		709.829	D	E	

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDE LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A O IGUAL AL DEL 10% DEL 100%	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PREVIOSOS Y SALUDISTAS 60 DIAS	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	ANO	PERIODO			FORMA	PERIODOS
			A			D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EMPLEADORA DEL EMPLEADOR

C.I. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR IDENTIFICACION

I M U N I C I P A L I D A D D E P A R A R A C D E P T O S A L U D

RUI 69130700-2 TELEFONO 732464238 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 06/11/13 DIA / MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR CESTAM ARRABU MENSUZ

COMUNA PARARAC CIUDAD CODIGO COMUNAL USO COMIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETROLIOS Y CANTERAS
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
 3 = CONSTRUCCION
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
 5 = COMERCIO
 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
 7 = EMPRESAS, SEGUROS, SERVICIOS MUTUOS Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS
 8 = SERVICIOS RETALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

OCUPACION

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).

C.I. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR EN EL SECTOR PRODUCTIVO Y SERVICIOS DE LA ECONOMIA

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD LABORAL

1 = D.L. 3501 BP
 2 = D.L. 3500 A BP

SEGURO DE DESEMPEÑO

Trabajador afiliado a AFP 2 1 = SI 2 = NO
 Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL 05/01/05 DIA / MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 06/11/13 DIA / MES AÑO

ENTIDAD QUE PRESTABA EL SERVICIO O ESTABLECIMIENTO DE SERVICIO

A = SERVICIO SOCIAL
 B = ISAPL
 C = CCAL
 D = EMPLEADOR

FORMA DE CONTRATO DE TRABAJO

F = SERVICIO DE SALUD
 P = MUTUAL
 G = AFP
 E = EMPLEADOR

NUMERO ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CEFW LOS HEROES

C.I. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR EN EL SECTOR PRODUCTIVO Y SERVICIOS DE LA ECONOMIA

CODIGO REINTEGRACION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REINTEGRACIONES	REINTEGRACIONES IMPONIBLES SEGUN LAS OCASIONES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A DIEZ (ART. 19 DEL D.L. 3500)	TOTAL REINTEGRACIONES IMPONIBLES POR PERIODO SUPERIOR A DIEZ (ART. 19 DEL D.L. 3500)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DEGRADACION
				MOSOS	RENTAS	
06	2013		467.200			
04	2013		704.029			
10	2013		467.200			

EN CASO DE LAS ENTIDADES MATERIALES DE TIPO A Y B DEBE LLENAR LAS SIGUIENTES TABLAS DEL TIPO SIGUIENTE

CODIGO REINTEGRACION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REINTEGRACIONES	REINTEGRACIONES IMPONIBLES SEGUN LAS OCASIONES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A DIEZ (ART. 19 DEL D.L. 3500)	TOTAL REINTEGRACIONES IMPONIBLES POR PERIODO SUPERIOR A DIEZ (ART. 19 DEL D.L. 3500)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				MOSOS	RENTAS

La información debe entregarse a los 3 meses siguientes al inicio o cuando sea que precede al inicio de la incapacidad, según se trate de trabajador o beneficiario o dependiente, respectivamente.

Las renovaciones de nombrados deben corresponder a los días efectivamente trabajados.