



REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Departamento de Personal

DECRETO EXENTO N°: 6.514 -

PARRAL, 02 Jul 2015

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- El Decreto Exento N° 6380, de fecha 26.06.2015, que designa como Secretaria Municipal Subrogante a la Srta. María Inés Soto Cerda.

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 33983969 a don (a) **PATRICIA MOLINA SANHUEZA**, Contrata, Administrativo, Grado 16° E.M.S., por **Un** (01) día, para el restablecimiento de su salud, a contar del 02.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 03.01.2015.

2.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 45348590 a don (a) **GABRIELA PEREIRA MUÑOZ**, Contrata, Administrativo, Grado 16° E.M.S., por **Cuatro** (04) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 06.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 10.01.2015.

3.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46731179 a don (a) **MARIOLE PARADA ALVAREZ**, Planta, Técnico, Grado 14° E.M.S., por **Treinta** (30) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 07.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 06.02.2015.

4.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 33512955 a don (a) **MANUEL COFRE GARRIDO**, Planta, Auxiliar, Grado 18° E.M.S., por **Quince** (15) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 11.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 26.01.2015.

5.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46938416 a don (a) **NORMA RIQUELME COFRE**, Planta, Administrativo, Grado 16° E.M.S., por **Quince** (15) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 13.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 28.01.2015.

6.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46938558 a don (a) **LORETO HERNANDEZ QUEVEDO**, Planta, Administrativo, Grado 17° E.M.S., por **Cinco** (05) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 19.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 24.01.2015.

7.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46938666 a don (a) **PATRICIA MOLINA SANHUEZA**, Contrata, Administrativo, Grado 16° E.M.S., por **Cuatro** (04) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.01.2015.



8.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46938377 a don (a) **CESAR SOTO PALMA**, Planta, Administrativo, Grado 14° E.M.S., por **Un** (01) día, para el restablecimiento de su salud, a contar del 23.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 24.01.2015.

9.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46938673 a don (a) **PATRICIA MOLINA SANHUEZA**, Contrata, Administrativo, Grado 16° E.M.S., por **Siete** (07) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 27.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 03.02.2015.

10.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46731675 a don (a) **JAQUELINE SILVA SALDIAS**, Planta, Jefatura, Grado 12° E.M.S., por **Tres** (03) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 26.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 29.01.2015.

11.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 47302263 a don (a) **JIMENA VASQUEZ BARRERA**, Planta, Profesional, Grado 10° E.M.S., por **Treinta** (30) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 28.01.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 27.02.2015.

12.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46430030 a don (a) **RAMIRO SOTO CARVAJAL**, Planta, Auxiliar, Grado 15° E.M.S., por **Tres** (03) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 03.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 06.02.2015.

13.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 47160479 a don (a) **RAMIRO SOTO CARVAJAL**, Planta, Auxiliar, Grado 15° E.M.S., por **Catorce** (14) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 06.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 20.02.2015.

14.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46939079 a don (a) **LEONARDO VILLEGAS NUÑEZ**, Contrata, Administrativo, Grado 17° E.M.S., por **Treinta** (30) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 11.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 13.03.2015.

15.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46738530 a don (a) **PAOLA CASTILLO AGURTO**, Contrata, Profesional, Grado 17° E.M.S., por **Tres** (03) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 18.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 21.02.2015.

16.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46938534 a don (a) **FERNANDO PARADA PEREIRA**, Planta, Auxiliar, Grado 15° E.M.S., por **Once** (11) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 24.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 07.03.2015.

17.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 47163718 a don (a) **JIMENA VASQUEZ BARRERA**, Planta, Profesional, Grado 10° E.M.S., por **Quince** (15) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 27.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 14.03.2015.

18.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 34449260 a don (a) **MARIA CAMPOS BARRA**, Contrata, Administrativo, Grado 15° E.M.S., por **Dos** (02) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 24.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 26.02.2015.



19.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46738992 a don (a) **MARIA VALLEJOS ACUÑA**, Planta, Administrativo, Grado 15° E.M.S., por **Veinte** (20) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 26.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 18.03.2015.

20.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46940675 a don (a) **EDUARDO FERRADA VENEGAS**, Planta, Directivo, Grado 6° E.M.S., por **Cinco** (05) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 27.02.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 04.03.2015.

21.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 34307428 a don (a) **JUAN YAÑEZ MAUREIRA**, Planta, Auxiliar, Grado 18° E.M.S., por **Siete** (07) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 06.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 13.03.2015.

22.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46938550 a don (a) **FERNANDO PARADA PEREIRA**, Planta, Auxiliar, Grado 15° E.M.S., por **Siete** (07) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 07.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 14.03.2015.

23.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 43949434 a don (a) **ANGELA FERRADA LILLO**, Contrata, Administrativo, Grado 15° E.M.S., por **Ocho** (08) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 11.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 19.03.2015.

24.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46941609 a don (a) **LEONARDO VILLEGAS NUÑEZ**, Contrata, Administrativo, Grado 17° E.M.S., por **Treinta** (30) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 13.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 12.04.2015.

25.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 34647407 a don (a) **JUAN YAÑEZ MAUREIRA**, Planta, Auxiliar, Grado 18° E.M.S., por **Diez** (10) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 13.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 23.03.2015.

26.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 47163730 a don (a) **JIMENA VASQUEZ BARRERA**, Planta, Profesional, Grado 10° E.M.S., por **Quince** (15) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 14.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 29.03.2015.

27.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 47187483 a don (a) **ALEJANDRA GONZALEZ GONZALEZ**, Contrata, Profesional, Grado 8° E.M.S., por **Treinta** (30) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 24.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 23.04.2015.

28.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 34450986 a don (a) **LORETO HERNANDEZ QUEVEDO**, Planta, Administrativo, Grado 17° E.M.S., por **Quince** (15) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 25.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 09.04.2015.

29.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 45691967 a don (a) **JAQUELINE SILVA SALDIAS**, Planta, Jefatura, Grado 12° E.M.S., por **Cinco** (05) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 30.03.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 04.04.2015.



30.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 45691913 a don (a) **CESAR SOTO PALMA**, Planta, Administrativo, Grado 14° E.M.S., por **Siete** (07) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 07.04.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 14.04.2015.

31.- **AUTORIZASE**, Licencia Medica N° 46941940 a don (a) **JOSE GUTIERREZ HERNANDEZ**, Planta, Auxiliar, Grado 18° E.M.S., por **Siete** (07) días, para el restablecimiento de su salud, a contar del 09.04.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 16.04.2015.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE



Paula Retamal Urrutia
PAULA RETAMAL URRUTIA
ALCALDESA DE PARRAL



Maria Ines Soto Cerda
MARIA INES SOTO CERDA
SECRETARIA MUNICIPAL (S)

PRU/MSC/EGP/yaf.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-



Licencia Médica

Nº 1- 33983969

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: MOLINA
 APELLIDO MATERNO: SANHUEZA PATRICIA
 NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA EMISION LICENCIA: 020115
 FECHA INICIO DE REPOSO: 020115
 DIA: 02, MES: 01, AÑO: 15
 N° DE DIAS: 01
 N° DE DIAS EN PALABRAS: UNO
 RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 221273
 EDAD: 41
 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED]
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

1

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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

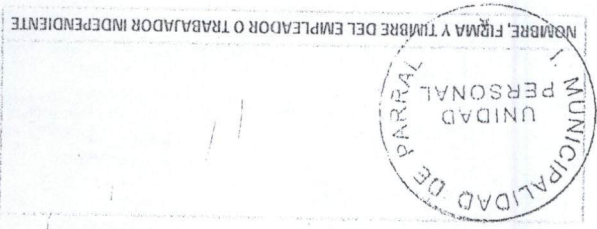
1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE
 LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]
 DIRECCION DE REPOSO: PS (E) 9
 CALLE: 178
 Nº: [REDACTED], DPTO: PADRE MURTADO
 VILLA O POBLACION: PARRAL
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED], CELULAR: 75729748
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: BARRERO
 APELLIDO MATERNO: MACIAS DONARD
 NOMBRES: [REDACTED]
 RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 274631
 ESPECIALIDAD: Médico
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Av. Bs. Os. [REDACTED]
 COMUNA: PARRAL
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA	DIA
	MES	MES
	AÑO	AÑO

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
 69130700 RUN TELEFONO 2637700
 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 02 01 15
 DIA MES AÑO
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR DIOCHO N 720
 PARRAL COMUNA PARRAL 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
 10= CONTRATO PLAZO FIJO
 11= EJECUTIVO 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 2
 1= D.L. 3501 IPS
 2= D.L. 3500 A.F.P.
 CODIGO 08
 LETRA (CAJA PREV.) 1
 NOMBRE INT. PREV. AFP. PROVIDA
 CALIDAD DEL TRABAJADOR 1
 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 2 1= SI 2= NO
 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 04 93
 DIA MES AÑO
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO 06 12 04
 DIA MES AÑO
 ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION
 SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7
 A= COMPIN
 B= ISAPRE
 C= C.C.A.F
 D= EMPLEADOR
 SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6
 E= COMPIN
 F= MUTUAL
 G= ISL
 H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
 LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE CUMPLAN PARA DESAHUCIO Y AQUILLOS INASISTIDOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/70 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	
08	10	14	30	B	C	D	E	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 60 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.
08	11	14	30		520.438			
08	12	14	30		520.438			

(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	
				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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2- 45348590

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Pereira APELLIDO MATERNO: Mujica NOMBRES: Gabriel
 FECHA EMISION LICENCIA: 09 N° DE DIAS EN PALABRAS: cinco
 FECHA INICIO DE REPOSO: 060115 DIA MES AÑO

RUN: [REDACTED] M ó F: F
 FECHA DE NACIMIENTO: 030266 EDAD: 49 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] RUN: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED] DIA MES AÑO
 HORA MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: Uzeny
 CALLE: A N°: 1 DPTO: Palmeque
 VILLA O POBLACION: Palmeque
 COMUNA: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Muñoz APELLIDO MATERNO: de la Cruz NOMBRES: Gustavo ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 17135-2 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Sho Victoria COMUNA: Palmeque
 CALLE: [REDACTED] TELEFONO: 09 8866977 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

1= SI
 2= NO

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

RUN 69130700 - A

TELEFONO 2637700

07 01 15
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR DLECCION N° 720

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

8

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO 08 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

1

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 15 09 89
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 06 04 88
DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	10	14	30		540.373		
08	11	14	30		540.373		
08	12	14	30		572.736		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2-46731179

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: PARADA APELLIDO MATERNO: ALVAREZ NOMBRES: MARQUEL
 FECHA EMISION LICENCIA: 07/01/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 07/01/15
 N° DE DIAS: 30 N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA DIAS
 RUN: [REDACTED] EDAD: 41 SEXO: F
 FECHA DE NACIMIENTO: 08/09/73

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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

6

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): Puede desplazarse a controles
 DIRECCION DE REPOSO: PASAJE 7
 CALLE: 1171 DPTO: []
 VILLA O POBLACION: DODA PILARZ
 COMUNA: PARRAL
 TELEFONO: [] CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: NUÑEZ APELLIDO MATERNO: URSEC NOMBRES: NADIA
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 17275-8
 ESPECIALIDAD: Psiquiatra
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: 10 DEPENDENCIA
 CALLE: [] N°: 85
 COMUNA: [] CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma]

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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA	DIA
	MES	MES
	AÑO	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 08/01/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N°720

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
8= 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
14= 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

2= 1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: 08 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/06/01 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/06/01

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
B= ISAPRE
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES 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. I-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	10	14	30		621.956.-		
08	11	14	30		621.956.-		
08	12	14	30		659.274.-		

% DESAHUCIO

[] , []

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

\$ []

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 1- 33512955

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

COFRE GARRIDO MANUEL
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

120115 FECHA EMISION LICENCIA 110115 FECHA INICIO DE REPOSO
DIA MES AÑO

200750 64
FECHA DE NACIMIENTO EDAD
M 6 F SEXO

15 15
Nº DE DIAS NÚMERO DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y Juicio de adopción 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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
DIA MES AÑO
HORA MINUTOS TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

LUGAR DE REPOSO 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCION DE REPOSO
VILLA PORTAL ALAN EN NAPSEY
CALLE
100 DPTO
VILLA O POBLACION
PARRAL
COMUNA
TELEFONO CELULAR
CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

BECEERRA PUEBLA SERGIO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

ONCOLOGO ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

DOCTOR KOCH ALLE Nº 704

SAN NIQUEL COMUNA Nº 75778121

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
11/11/15	12/11/15	30
12/11/15	12/11/15	30
13/11/15	12/11/15	30
14/11/15	12/11/15	30
15/11/15	12/11/15	30

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 12/01/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N° 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 01051

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

Ocupacion

11= EJECUTIVO 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 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO: [] LETRA (CAJA PREV.): []

NOMBRE INT. PREV.: SSS

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: 1= SI, 2= NO

- Contrato de duración indefinida: 1= SI, 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/01/07 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/07

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
	10	14	30	B	432.725.-	D	E
	11	14	30	B	432.725.-	D	E
	12	14	30	B	438.689.-	D	E

% DESAHUCIO

[] , []

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

(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
				B	C	D	E
				B	C	D	E
				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



Licencia Médica

Nº2- 46938416

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PIQUELME COFFEE NORMA ANTON
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

140115 FECHA EMISION LICENCIA 130115 FECHA INICIO DE REPOSO
 DIA MES AÑO

15 Nº DE DIAS 0115 Nº DE DIAS EN PALABRAS

010482 FECHA DE NACIMIENTO 32 EDAD M ó F SEXO

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

HORA MINUTOS TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

LUGAR DE REPOSO 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) *Residencia*

DIRECCION DE REPOSO
 Bosque del Po 2

CALLE Nº DPTO

VILLA O POBLACION
 Pk Rk L

COMUNA TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

ARTEX KRAK WENCESLAO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
 Calle COMUNA

Neurologo ESPECIALIDAD

alopez@... CORREO ELECTRONICO

1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

24	11	06	14	11	06	04
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	TOTAL DIAS

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

1= SI 2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 15/01/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO Nº 720

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
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
16 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

2 1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): []
NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: []

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/12/97 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/95 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
B= ISAPRE
D 3= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
	A			B	C	D	E
08	10	15	30		494.128		
08	11	15	30		511.220		
08	12	15	30		347.043		

% DESAHUCIO

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

\$ []

(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. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº 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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2- 46938558

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

HERNANDEZ QUEVEDO LOPEZ
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 190115 190115
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO
 05 CINCO
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

110902 32 F
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO
 M O F

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

FECHA DE NACIMIENTO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO
 1
 RECUPERABILIDAD LABORAL 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 1= SI 2= NO
 LUGAR DEL ACCIDENTE 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 DE REPOSO
 CALLE Nº DPTO
 VILLA O POBLACION
 COMUNA
 TELEFONO CELULAR
 CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

HERNANDEZ BALLENA GUTIERREZ
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
 CALLE Nº FIRMA DEL PROFESIONAL
 COMUNA TELEFONO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE						
DESDE		HASTA		TOTAL DIAS		
14	01	16	14	01	01	01
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	DIA

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69.130.700-K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 190/115 (DIA MES AÑO)

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL

CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 21107

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA
1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS
2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
3= CONSTRUCCION
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
15 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: 0/1/1 (DIA MES AÑO)

REGIMEN PREVISIONAL: 2 1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR: 1 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) 1 1= SI 2= NO (Contrato de duración indefinida)

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 010804 (DIA MES AÑO) FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010105 (DIA MES AÑO)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7: D A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6: E= COMPIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	10	14	30		450.165		
08	11	14	30		454.665		
08	12	14	30		481.945		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2 - 46938666

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Molina APELLIDO MATERNO: Sanhueza NOMBRES: participa
 FECHA EMISION LICENCIA: 22/02/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 23/01/15 RUN: [REDACTED] M ó F: F
 Nº DE DIAS: 104 Nº DE DIAS EN PALABRAS: Cuarenta FECHA DE NACIMIENTO: 22/12/73 EDAD: 41 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: _____ 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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

HORA 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 DE REPOSO: _____
 CALLE: 8-9-9
 Nº: 178 DPTO: 4
 VILLA O POBLACION: 225 02 (Vila)
 COMUNA: Prats de M.
 TELEFONO: _____ CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: Willkowsky APELLIDO MATERNO: Tapié NOMBRES: Aurora ESPECIALIDAD: Medicina General 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 20940-5 CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____ Nº: 421 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 CALLE: Vina
 COMUNA: Prats de M.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	ANO	DIA	MES	DIA	MES
<u>1</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>01</u>	<u>02</u>	<u>15</u>

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 COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI 2= NO

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

69 1307 00 - K

26 37 700

23 01 15

RUN

TELEFONO

DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

DIECIOCHO 720

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
- 10= CONTRATO PLAZO FIJO

8

OCUPACION

- 11= EJECUTIVO 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 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO 08 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

1

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC 2 1= SI 2= NO

- Contrato de duración indefinida 2 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

0 10 4 93

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

06 12 04

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO I MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	10	14	30		520.938		
08	11	14	30		520.938		
08	12	14	30		552.199		

% DESAHUCIO

□ □ , □ □

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2- 46938377

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Castro APELLIDO MATERNO: Palma NOMBRES: Cesar Domínguez
 FECHA EMISION LICENCIA: 23/01/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 23/01/15 DIA: 23 MES: 01 AÑO: 15
 N° DE DIAS: 01 N° DE DIAS EN PALABRAS: un día
 RUN: [REDACTED] M ó F: M
 FECHA DE NACIMIENTO: 09/07/60 EDAD: 54 SEXO: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____
 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 DE REPOSO: París
 CALLE: 2 Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: Villa Ombrosio
 COMUNA: Quilicura
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Chambers APELLIDO MATERNO: Gonzalez NOMBRES: Leida ESPECIALIDAD: Med. Cir
 RUN: 77452305-0 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 32121-9
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Quilicura Nº: 330
 CALLE: Quilicura COMUNA: _____
 FIRMA DEL TRABAJADOR: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 26 01 15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL

CODIGO COMUNAL USO COMPIN: []

<p>ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR</p> <p>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 10= CONTRATO PLAZO FIJO</p> <p>8</p>	<p>OCUPACION</p> <p>11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO 15= VENDEDOR 16= ADMINISTRATIVO 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19= OTRO (ESPECIFICAR)</p> <p>14</p>
---	--

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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p>1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): []</p> <p>NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA</p>	<p>CALIDAD DEL TRABAJADOR</p> <p>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</p> <p>1</p>	<p>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: []</p> <p>SEGURO DE DESEMPLEO</p> <p>- Trabajador Afiliado a AFC: 2 (1= SI, 2= NO)</p> <p>- Contrato de duración indefinida: 1 (1= SI, 2= NO)</p>
---	---	--

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 0 10 82 (DIA MES AÑO)

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 0 10 82 (DIA MES AÑO)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</p> <p>A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR</p> <p>D</p>	<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</p> <p>E= COMPIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR</p>
---	--

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	10	14	30		673.002		
08	11	14	30		673.002		
08	12	14	30		713.380		

% DESAHUCIO: []

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

\$ []

(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

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



Licencia Médica

Nº2- 46938673

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Molina
 APELLIDO MATERNO: Sanchez
 NOMBRES: Patricia
 FECHA EMISION LICENCIA: 26/01/15
 FECHA INICIO DE REPOSO: 27/01/15
 N° DE DIAS: 07
 N° DE DIAS EN PALABRAS: siete

RUN: [Redacted]
 FECHA DE NACIMIENTO: 22/12/73
 EDAD: 41
 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [Redacted]
 APELLIDO MATERNO: [Redacted]
 NOMBRES: [Redacted]
 FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted]
 RUN: [Redacted]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI, 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI, 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [Redacted]
 HORA MINUTOS: [Redacted]
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: [Redacted]

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [Redacted]
 DIRECCION DE REPOSO: [Redacted]
 CALLE: [Redacted]
 N°: [Redacted] DPTO: [Redacted]
 VILLA O POBLACION: [Redacted]
 COMUNA: [Redacted]
 TELEFONO: [Redacted] CELULAR: [Redacted]
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Villalpa
 APELLIDO MATERNO: Teresa
 NOMBRES: Aurora
 ESPECIALIDAD: Médico
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 20040-5
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Busca
 CALLE: [Redacted]
 COMUNA: [Redacted]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
4	02/01/15	02/01/15
23	01/01/15	26/01/15

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [Redacted]

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

Trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 27 01 15

RUN: 69.130.700-K TELEFONO: 2637.700

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

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
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
16 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: 2 1= D.L. 3501 IPS, 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 08 LETRA: (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR: 1 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 CCAF: []

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 10 49 3 (DIA MES AÑO)

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 06 12 04 (DIA MES AÑO)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7: A= COMPIN, B= ISAPRE, C= C.C.A.F, D= EMPLEADOR. [X] D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6: E= COMPIN, F= MUTUAL, G= ISL, H= EMPLEADOR. []

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	10	14	30		520.938		
08	11	14	30		520.938		
08	12	14	30		552.194		

% DESAHUCIO: []

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

\$ []

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2-46731675

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SILVA | APELLIDO MATERNO: SALDIAS | NOMBRES: JAQUELINE
 FECHA EMISION LICENCIA: 260115 | FECHA INICIO DE REPOSO: 260115
 N° DE DIAS: 03 | N° DE DIAS EN PALABRAS: TRES

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 200475 | EDAD: 39 | SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: | 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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

A 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 DE REPOSO: AVENIDA LAUTARO
 CALLE: 585
 N°: | DPTO: VILLA PORTAL A LA MEDA
 VILLA O POBLACION: PARRAL
 COMUNA: | TELEFONO: | CELULAR: | CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: RUIZ | APELLIDO MATERNO: BASCUNAN | NOMBRES: VICTOR
 RUN: 10807658-5 | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 22625-M
 ESPECIALIDAD: MED-FAMILIAR
 CORREO ELECTRONICO: paniel.ruiz@hotmail.cl

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: MISAL PINTO
 CALLE: | N°: 1004
 COMUNA: PARRAL | CORREO ELECTRONICO: 073 2463774

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y NOMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 [Firma manuscrita]

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
DIA	MES	AÑO

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

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
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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

2 1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: OS LETRA (CAJA PREV.):
NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. Habitat

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 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 CCAF: DIA MES AÑO

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/11/1996 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 18/12/09 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7: A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6: E= COMPIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
OS	10	14	30		792.337		
OS	11	14	30		792.337		
OS	12	14	30		839.876		

% DESAHUCIO: [] , []

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

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2- 47302263

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VASQUEZ BARDERA JIHENA HAR

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

290115 FECHA INICIO DE REPOSO 280115 DIA MES AÑO

FECHA EMISION LICENCIA 30 TREINTA N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

291261 FECHA DE NACIMIENTO 53 EDAD F SEXO

RUN

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

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 DE REPOSO

MARIO MUSICA

CALLE

1122 DPTO

VILLA O POBLACION

PARRAL

COMUNA

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

LANA LANA JOSE LUIS

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUN

13448 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PEDRO AGUIRRE CERDA

CALLE

CHILLAN

COMUNA

GINECOLOGIA ESPECIALIDAD

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO

35

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	11/11	11/11
02	11/11	11/11
02	11/11	11/11
03	11/11	11/11

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
 C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I LUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69.130.700 - K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 29 01 15
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720
 COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 1301

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
 10= CONTRATO PLAZO FIJO

8

OCUPACION

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

13

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.):
 NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CUPRUM

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

1

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 16 04 84
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 05 91

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7
 A= COMPIN
 B= ISAPRE
 C= C.C.A.F
 D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6
 E= COMPIN
 F= MUTUAL
 G= ISL
 H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
03	10	14	30		1.115.846		
03	11	14	30		1.115.846		
03	12	14	30		1.182.796		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2- 46430030

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SOTO APELLIDO MATERNO: CARRERA NOMBRES: JAC MARIANO
 FECHA EMISION LICENCIA: 02/02/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 03/02/15
 N° DE DIAS: 03 N° DE DIAS EN PALABRAS: TRES

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/49 EDAD: 65 SEXO: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] RUN: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

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

HORA: [REDACTED] MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO: 1= SI 2= NO

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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: USUTUBO
 CALLE: 198 N°: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: Parndal
 COMUNA: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: De la Cruz APELLIDO MATERNO: de la Cruz NOMBRES: ROSAMONDA
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Parndal
 CALLE: Parndal COMUNA: Parndal

CORREO ELECTRONICO: gautsch rd@gmail.com FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[REDACTED]

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

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

1= SI 2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [REDACTED]

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

69130700-K
RUN

2637700
TELEFONO

03 02 15
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR DIECI OCHO N° 720

PARRAL
COMUNA

PARRAL
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	
8= 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	
10= CONTRATO PLAZO FIJO	

OCUPACION	
11= EJECUTIVO DIRECTIVO	
12= PROFESOR	
13= OTRO PROFESIONAL	
14= TECNICO	
17= 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CC

REGIMEN PREVISIONAL	
2= D.L. 3501 IPS	
2= D.L. 3500 A.F.P.	
CODIGO 08	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	

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 04 87
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 04 87
DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7	
<input checked="" type="checkbox"/> A= COMPIN	
<input type="checkbox"/> B= ISAPRE	
<input type="checkbox"/> C= C.C.A.F	
<input type="checkbox"/> D= EMPLEADOR	

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input type="checkbox"/> E= COMPIN	
<input type="checkbox"/> F= MUTUAL	
<input type="checkbox"/> G= ISL	
<input type="checkbox"/> H= EMPLEADOR	

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO H. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	11	14	30		581.666.-		
08	12	14	30		616.566.-		
08	01	15	30		629.196.-		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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



Licencia Médica

Nº 2- 47160479

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SOTO
 APELLIDO MATERNO: OJEDA
 NOMBRES: JAVIER DANIEL
 FECHA INICIO DE REPOSO: 20215 (DÍA 20, MES 02, AÑO 15)
 FECHA EMISION LICENCIA: 14
 N° DE DIAS EN PALABRAS: CATORCE

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 271049 (DÍA 27, MES 10, AÑO 49)
 EDAD: 65
 SEXO: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED]
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI, 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI, 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]
 HORA: [REDACTED] MINUTOS: [REDACTED]
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]
 DIRECCION DE REPOSO: URZUTUA
 CALLE: 198
 Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]
 VILLA O POBLACION: PARZAL
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Handwritten Signature]

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

APELLIDO PATERNO: CORNEJO
 APELLIDO MATERNO: HIDALGO
 NOMBRES: HERNAN
 RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 9843-4

ESPECIALIDAD: URTOLOGIA
 CORREO ELECTRONICO: hescor@pucail.com

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: VICENTE MENDEZ
 CALLE: [REDACTED]
 COMUNA: [REDACTED]

Nº: 75
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Handwritten Signature]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	03 DIA	03 AÑO
03	02 MES	15 AÑO
05	05 DIA	02 MES
15	15 AÑO	02 MES

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 100215
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N° 720
COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 2800

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
8= COMERCIO
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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
17= 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 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.):
NOMBRE INT. PREV.: AFP. 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

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 010487 (DIA, MES, AÑO)
FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010487 (DIA, MES, AÑO)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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	
08	NOV	2014	30		381.666.-		
08	DIC	2014	30		616.566.-		
08	Ene	2015	30		629.196.-		

% DESAHUCIO

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

\$

(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	

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2-46939079

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VILLEGAS NUÑEZ LEONARDO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 110215 FECHA INICIO DE REPOSO 110215 DIA MES AÑO
 030 N° DE DIAS TREINTA DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS
 010490 RUN 24 EDAD M SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

HORA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

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 DE REPOSO VILLA DE LOS ORIENTES
 CALLE 627
 Nº DPTO LOS OLIVOS 2
 VILLA O POBLACION PATRULLA
 COMUNA
 TELEFONO CELULAR 74211288
 CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

BOILLANOS ROSAS PATRULLA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL 96415
 ESPECIALIDAD T.91.1 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION EDWARDS
 CALLE LINAES
 COMUNA
 FIRMA DEL TRABAJADOR
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y NOMBRE 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 COMPIN o Isapre 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

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 12/02/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

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
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
16 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 IPS
2 2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): []
NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 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: 2 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 15/12/04

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/07/11

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

A= COMPIN
D 1 D B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	11	14	30		430.163.-		
08	12	14	30		477.174.-		
08	01	15	30		486.149.-		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2-46738530

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: CASTILLO APELLIDO MATERNO: DAZ NOMBRES: DAZ
 FECHA EMISION LICENCIA: 170215 FECHA INICIO DE REPOSO: 180215
 N° DE DIAS: 03 N° DE DIAS EN PALABRAS: TRES

RUN: [REDACTED] M 6 F: F
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 32 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] RUN: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

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

HORA MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: Av. D. Paulinos A. R.R.
 CALLE: [REDACTED] N°: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: [REDACTED] COMUNA: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Pizarro APELLIDO MATERNO: Mosquera NOMBRES: Luis

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]
 ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	DESDE	HASTA

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

CONTIN

CONTIN

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 - K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 18 02 15
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DECI OCHO N° 720
COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: []

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR: 8
OCUPACION: 13

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

11= EJECUTIVO 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: 2
CALIDAD DEL TRABAJADOR: 1
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: []

1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: [] LETRA (CAJA PREV.): []
NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. PLANUITA

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
- Contrato de duración indefinida: 2

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 10 07
FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 10 13

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7: D
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6: []

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR
E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
	11	14	30	-	832.854.-		
	12	14	30		882.232.-		
	01	15	30		896.822.-		

% DESAHUCIO: []

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

(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

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.



Licencia Médica

Nº2- 46938534

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: Paredo Apellido Materno: Bermejo Nombres: Fernando

Fecha Emisión Licencia: 27/02/15 Fecha Inicio de Reposo: 27/02/15

Nº de días: 11 Nº de días en palabras: once

RUN: [REDACTED]

Fecha de nacimiento: [REDACTED] Edad: 42 M ó F: M SEXO: H

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Apellido Paterno: [REDACTED] Apellido Materno: [REDACTED] Nombres: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI 2= NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI 2= NO

Fecha del accidente del trabajo o del trayecto: [REDACTED]

HORA: [REDACTED] MINUTOS: [REDACTED]

TRAYECTO: 1= SI 2= NO

Fecha de la concepcion: [REDACTED]

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: Collec 3

CALLE: 11+9 Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: Pilarz

COMUNA: Parral

TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

Apellido Paterno: Saez Apellido Materno: Contreras Nombres: N. Colao

RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Mun Calle: Parral Comuna: Parral

Especialidad: Medico c/c 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

Correo electrónico: Dr. Nicolás Saéz C. Médico Cirujano

Firma del profesional: [Firma]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

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 COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 24 02 15
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 0350

<p>ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR</p> <p>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 10= CONTRATO PLAZO FIJO</p> <p>8</p>	<p>OCUPACION</p> <p>11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO 15= VENDEDOR 16= ADMINISTRATIVO 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19= OTRO (ESPECIFICAR)</p> <p>17</p>
---	--

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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p>1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.): NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CUPROM</p>	<p>CALIDAD DEL TRABAJADOR</p> <p>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</p> <p>1</p>	<p>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF:</p> <p>SEGURO DE DESEMPLEO</p> <p>- Trabajador Afiliado a AFC: 2 (1= SI, 2= NO) - Contrato de duración indefinida: 1 (1= SI, 2= NO)</p>
---	---	---

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 10 03 93 DIA MES AÑO
FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 17 03 97 DIA MES AÑO

<p>ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION</p> <p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</p> <p>A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR</p> <p>D</p>	<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</p> <p>E= COMPIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR</p> <p></p>
--	--

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES 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. I-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
03	11	14	30		524.602.-		
03	12	14	30		356.078.-		
03	01	15	30		366.502.-		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº2- 47163718

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: VASQUEZ BARRERA JIMENA
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 RUN: [REDACTED]
 M ó F: F
 FECHA EMISION LICENCIA: 23/02/15
 FECHA INICIO DE REPOSO: 27/02/15
 DIA: 27, MES: 02, AÑO: 15
 FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/61
 EDAD: 53
 SEXO: F
 Nº DE DIAS: 15
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: QUINCE

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED]
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI, 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI, 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]
 HORA: [REDACTED], MINUTOS: [REDACTED]
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): Educaciones
 DIRECCION DE REPOSO: MARIO MORALES
 CALLE: [REDACTED]
 Nº: 1122, DPTO: [REDACTED]
 VILLA O POBLACION: PARRAL
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED], CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: MORALES, APELLIDO MATERNO: RODRIGUEZ, NOMBRES: ARIADNA
 ESPECIALIDAD: 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 6218-5
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	DIA	MES	DIA	
15	02	12	28	30
15	12	11	28	03
15	12	11	05	02
15	09	11	02	02
15	06	11	02	02
15	12	11	02	02
15	12	11	02	02
15	12	11	02	02
15	12	11	02	02

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

--	--	--	--	--	--

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 68130700 K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 250215
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N° 720
COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: []

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR: 8
OCUPACION: 13

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

11= EJECUTIVO 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: 2
CALIDAD DEL TRABAJADOR: 1
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: []

1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.): []
NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CUPRUM

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: 2
- Trabajador Afiliado a AFC: 2
- Contrato de duracion indefinida: 1

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 160484
FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010591

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7: D
A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6: []
E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: IL. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
03	11	14	30		1.115.846.-		
03	12	14	30		1.182.796.-		
03	01	13	30		1.302.272.-		

% DESAHUCIO: []

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

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 1-34449260

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Campos APELLIDO MATERNO: Berber NOMBRES: Mercedes Apolice
 FECHA EMISION LICENCIA: 240225 FECHA INICIO DE REPOSO: 240225 RUN: 050163 EDAD: 52 SEXO: F
 Nº DE DIAS: 02 Nº DE DIAS EN PALABRAS: dos

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA: MES: AÑO: 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 DE REPOSO: VILLA O POBLACION: COMUNA: TELEFONO: CELULAR: CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: Villal APELLIDO MATERNO: Lopez NOMBRES: Aurora ESPECIALIDAD: Médico General 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

RUN: REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: Nº: FIRMA DEL PROFESIONAL: COMUNA:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

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 antes del COMPIN o Isapre 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

Trabajados:

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 24 02 15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Direccion 40 N° 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 33301

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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

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

CODIGO: 33 LETRA (CAJA PREV.):

NOMBRE INT. PREV.: AFP CAPITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 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 duración indefinida: 2 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 06 87

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 02 06 14

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
33	11	14	30	-	320.654,-		
33	12	14	30		551.883,-		
33	01	15	30		502.042,-		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2-46738992

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

W K L H E D S S K U N A D K R K B R U N I
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

250215 FECHA EMISION LICENCIA
FECHA INICIO DE REPOSO 260215
DIA MES AÑO

260557 FECHA DE NACIMIENTO
RUN 63 EDAD M 6 F SEXO F

20 Nº DE DIAS
veinte Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción 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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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 DE REPOSO

P R S K T F B
CALLE

Nº 01 DPTO

VILLA O POBLACION DON AMBROSIO

P R P P L L
COMUNA

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE

COMUNA

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Empty box for employer/signatory stamp]

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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

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

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 68130700-K TELEFONO: 26377000 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 27/02/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N° 720

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
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
16 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 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO: [] LETRA (CAJA PREV.): []

NOMBRE INT. PREV.: sin cotización

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 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 CCAF: []

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/11/82 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/11/82 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
B= ISAPRE
D 3= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: D. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
-	11	14	30	B	567.928	D	E
-	12	14	30	B	607.370	D	E
-	01	15	30	B	619.748	D	E

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2- 46940675

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

FERRADA VENEGAS EDUARDO

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

266215

FECHA INICIO DE REPOSO 27 02 15

26 11 45

69

M ó F M

05

CINCO

Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO 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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL

1= SI 2= NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

2 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO

1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 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 DE REPOSO

SAN MARTIN

CALLE

269

15

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

LINARIS

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

OWIZ CAS ANTON VICTOR

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

MED- FAMILIAR

ESPECIALIDAD

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

RUN

22625-4

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Av. ...

Comuna

1029

Nº

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Empty box for employer signature]

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

1= SI 2= NO

24	08	14	05	10	14	W
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	TOTAL DIAS
DESDE						HASTA

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

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 68130700-K TELEFONO: 26372000 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 260215
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: **DIECIOCHO Nº 720**

COMUNA: **PARRAL** CIUDAD: **PARRAL** CODIGO COMUNAL USO COMPIN: **0103**

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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 IPS, 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: **1** LETRA: **(CAJA PREV.)**

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: **010963**

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: **010963** FECHA CONTRATO DE TRABAJO: **111193**
DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7: A= COMPIN, B= ISAPRE, C= C.C.A.F, D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6: E= COMPIN, F= MUTUAL, G= ISL, H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **J. MUNICIPALIDAD DE PARRAL**

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
	11	14	30		1.775.233		
	12	14	30		1.780.539		
	01	15	30		1.797.583		

% DESAHUCIO: **01**, **00**

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

\$

(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. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº 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



Licencia Médica

Nº1-34307428

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Y AÑEZ NAUREIRA JUAN [REDACTED]

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

050315 060315 110601 33 M

FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

7 SIETE N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

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 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

PJE 1 CALLE

1056 N° DPTO

PICAR 2 VILLA O POBLACION

PARRAL COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

CAN MARTIN TETOS PAULA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

[REDACTED] 352047

RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

UNO ORIENTE CALLE

YA COMUN

medicina

ESPECIALIDAD

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

CORREO ELECTRONICO

s/h N°

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

69130700 K

2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

050315

DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE
FUNCIONES EL TRABAJADOR

DIECIOCHO N°720

PARRAL

PARRAL

COMUNA

CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

OCUPACION

- 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
- 10= CONTRATO PLAZO FIJO

- 11= EJECUTIVO 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR C

REGIMEN PREVISIONAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

SEGURO DE DESEMPLEO

- 1= D.L. 3501 IPS
- 2= D.L. 3500 A.F.P.

- 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

- Trabajador Afiliado a AFC
- Contrato de duración indefinida

CODIGO 08 LETRA (CAJA PREV.) 1
NOMBRE INT. PREV. A.F.P. PROVIDA

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 10 02
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 16 03 11
DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

- A= COMPIN
- B= ISAPRE
- C= C.C.A.F
- D= EMPLEADOR

- E= COMPIN
- F= MUTUAL
- G= ISL
- H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.
08	12	14	30		448.730.-			
08	01	15	30		456.945.-			
08	02	15	30		456.945.-			

(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	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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2- 46938550

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			M O F											
Paredo			Pereira			Generaldo			[REDACTED]			M											
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			DIA			MES			AÑO			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD			SEXO		
09/03/15			07/07/18			07			07			18			29/09/72			42			M		
Nº DE DIAS			Nº DE DIAS EN PALABRAS																				
7			Siete																				

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										FECHA DE NACIMIENTO			

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO			
1			
RECUPERABILIDAD LABORAL	1= SI 2= NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1= SI 2= NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO			
HORA MINUTOS	TRAYECTO 1= SI 2= NO		
FECHA DE LA CONCEPCION			

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL	1	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCION DE REPOSO			
CALLE			
1174			
Nº	DPTO		
U.1107-La 2			
VILLA O POBLACION			
Pauil			
COMUNA			
TELEFONO			
CELULAR			
CORREO ELECTRONICO			

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			ESPECIALIDAD			1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA		
Saez			Cristiano			Nicolas			Medico General			1		
RUN			REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL			CORREO ELECTRONICO								
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION			Nº											
Pauil			370			Dr. Nicolas Saez Cristiano								
CALLE			COMUNA			R.C.M. 2002								
Pauil			Pauil											

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
[REDACTED]

TOTAL DIAS		DESDE			HASTA			
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO
14	02	15	15	03	15	15	03	15

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI 2= NO

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

trabajados. [REDACTED]

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 - K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 10/03/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO 9720

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
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCCUPACION

11= EJECUTIVO 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

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

CODIGO: 03 LETRA: (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. COPRUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 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 CCAF: []

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 10/03/93

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 17/03/97

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

A= COMPIN
B= ISAPRE
D 3= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: IL. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
03	12	14	30		556.078.-		
03	01	15	30		566.502.-		
03	02	15	20		566.502.-		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



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

N°2- 43949434

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

FERRA DA CILLO ANGELA ANDREA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

11 03 15

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

11 03 15

DIA MES AÑO

24

EDAD

M ó F

F

SEXO

08

N° DE DIAS

OCHO

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).

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

HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4. CARACTERÍSTICAS 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 Cje. Auedrudo 501 Polacion los olivos 2 - Puelo

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) : 967 56 414

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ARRIAGA DAUER BARBARA ALVARO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

C. México Javal

ESPECIALIDAD

1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

P2992077

6 oriente 890 - Talca

[Firma]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y NOMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARRAL PERSONAL

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 ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION ORIGINARIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDADES DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 12/03/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO Nº 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: []

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.

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: 08 LETRA (CAJA PREV.): []
 NOMBRE INT. PREV.: A-F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

1

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: []

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 17/12/08 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/02/15

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

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

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDADES DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. Nº 44, 1978)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
	MES	AÑO	Nº DE DIAS		
08	12	14	30	B	
08	01	13	30		C 278.624.-
08	02	13	30		C 270.273.-
					C 362.042.-

% 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 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. Nº 44, 1978)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
	MES	AÑO	Nº 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

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2-46941889

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº 3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VILLEGAS MUÑOZ LEONARDO

APPELLIDO PATERNO APPELLIDO MATERNO NOMBRES

120315 130315

FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO

010490 24 M

FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

030 TRICITA 47

Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APPELLIDO PATERNO APPELLIDO 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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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 DE REPOSO Calle 2 oriente

CALLE Nº 627

VILLA O POBLACION Los Olivos 2

COMUNA PARRAL

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

Berlando Rojas Patricia

APPELLIDO PATERNO APPELLIDO MATERNO NOMBRES

RUN 96415

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE 1 de mayo

COMUNA Linares

ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

TELEFONO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	30
DESDE	M 02
HASTA	M 15
	AÑO 03
	DIA 12
	MES 03
	AÑO 15

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Trabajados

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 13/03/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECI OCHO NORO

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 13070

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: 08 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

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 15/12/04
FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/07/11

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: E. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	12	14			477.174.-		
08	02	15			486.149.-		
08	02	15			486.149.-		

% DESAHUCIO

□ □ , □ □

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

\$

(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

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



Licencia Médica

Nº1- 34647407

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Y AÑEZ MAURELITA JUAN BAUTISTA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 120315 FECHA INICIO DE REPOSO 130315 DIA MES AÑO
 110681 FECHA DE NACIMIENTO 33 EDAD M F SEXO
 10 Nº DE DIAS DIEZ Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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 DE REPOSO
 CALLE
 Nº DPTO
 VILLA O POBLACION
 COMUNA
 TELEFONO CELULAR
 CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

RAMIREZ URBUTIA CAROLINA MED. GRAL ESPECIALIDAD
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL 26266-B
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
 ORIENTE
 COMUNA
 FIRMA DEL TRABAJADOR
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DESCRIPCIÓN DE LA LICENCIA		FECHA DE EMISIÓN		FECHA DE VIGENCIA	
DE	HASTA	DIA	MES	DIA	MES
7	15	03	12	03	15

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 - K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 13/03/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N°720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 2805

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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: 2 1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 08 LETRA (CAJA PREV.): A.F.P. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR: 1 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 duración indefinida: 1 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/10/02 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 16/03/11 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7: A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6: E= COMPIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: IL. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	12	14	30		448.730		
08	01	13	30		436.945		
08	02	13	30		436.945		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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



Licencia Médica

Nº 2-47163730

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: VASQUEZ
 APELLIDO MATERNO: BARRERA
 NOMBRES: JIMENA
 FECHA EMISION LICENCIA: 12 03 15
 FECHA INICIO DE REPOSO: 14 03 15
 N° DE DIAS: 15
 N° DE DIAS EN PALABRAS: QUINCE

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 29 12 61
 EDAD: 53
 SEXO: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [REDACTED]
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]
 HORA: [REDACTED] MINUTOS: [REDACTED]
 TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

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: 1/3 SU DOMICILIO 2/ HOSRITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): KINICHOLOSPE

DIRECCION DE REPOSO: MANUO BEUSICA
 CALLE: 1122
 N°: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]
 VILLA O POBLACION: PARRAL
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: MUÑOZ
 APELLIDO MATERNO: RODRIGUEZ
 NOMBRES: ANCAOJO
 RUN: [REDACTED]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: DE ABRIU
 CALLE: [REDACTED]
 COMUNA: [REDACTED]

ESPECIALIDAD: Ferrino
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 6318-5
 CORREO ELECTRONICO: arcadionuoz@gmail.com
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]

1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	AÑO	MES	
14	05	14	02	13
14	05	14	03	28
14	05	14	04	28
14	05	14	05	22
14	05	14	06	02
14	05	14	07	03
14	05	14	08	03
14	05	14	09	03
14	05	14	10	03
14	05	14	11	03
14	05	14	12	03
14	05	14	01	03
14	05	14	02	03

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

1= SI 2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN 68130700 K TELEFONO 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 16 03 15
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR DIECI OCHO N° 720

COMUNA PARRAL CIUDAD PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN 12 90 1

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA
1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS
2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
3= CONSTRUCCION
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
13 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

2 1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO 03 LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. AFP. CUPRUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 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 CCAF

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 16 04 84 DIA MES AÑO
FECHA CONTRATO DE TRABAJO 0 11 05 91 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

D A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO D. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR/ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
03	12	14	30		1.182.796.-		
03	01	15	30		1.202.272.-		
03	02	15	30		1.202.272.-		

% DESAHUCIO

□ □ , □ □

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

\$

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

N° 2-47187483

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas y la ISAPRE en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado.

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

MUNICIPALIDAD DE PARRAL
OFICINA DE PARTES
25 MAR. 2015
N° REGISTROS
FIRMA: [Firma]

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: GONZALEZ | APELLIDO MATERNO: GONZALEZ | NOMBRES: ALEJANDRA
 FECHA EMISION LICENCIA: 230315 | FECHA INICIO DE REPOSO: 240315
 N° DE DIAS: 30 | N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA
 RUN: [Redacted] | M ó F: F
 FIRMA: [Redacted] | FECHA DE NACIMIENTO: 100582 | EDAD: 32 | SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: [Redacted] | APELLIDO MATERNO: [Redacted] | NOMBRES: [Redacted] | RUN: [Redacted]
 FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted]

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [Redacted]
 HORA: [Redacted] MINUTOS: [Redacted] | TRAYECTO: 1= SI 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: [Redacted]

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): AMBULATORIA
 DIRECCION DE REPOSO: ANTONO PINA
 CALLE: [Redacted] | N°: 620 | DPTO: [Redacted]
 VILLA O POBLACION: PARRAL
 COMUNA: [Redacted] | TELEFONO: [Redacted] | CELULAR: [Redacted]
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: RUIZ | APELLIDO MATERNO: PENELOPE | NOMBRES: DR. CLAUDIO FELIPE PEREZ
 RUN: [Redacted] | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 20750-0
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [Redacted]
 CALLE: [Redacted] | N°: 712
 COMUNA: TALCA | FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
14/14	14/14	16
26/09	26/09	19
26/14	26/14	14
14/14	14/14	14
14/14	14/14	14
14/14	14/14	14
14/14	14/14	14
14/14	14/14	14

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
------------	------------	------------	------------	------------	------------

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69.130.700 - K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 250315
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECIOCHO N°720
COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 2503

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; 10= CONTRATO PLAZO FIJO. **8**

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

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

REGIMEN PREVISIONAL: 1= D.L. 3501 IPS; 2= D.L. 3500 A.F.P. **2**

CODIGO: 34 LETRA (CAJA PREV.): A.F.P. MODELO

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. **1**

SEGURO DE DESEMPLEO: - Trabajador Afiliado a AFC: 1= SI; 2= NO. **2**

- Contrato de duración indefinida: 1= SI; 2= NO. **2**

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 011212 (DIA MES AÑO)

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010113 (DIA MES AÑO)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7: A= COMPIN; B= ISAPRE; C= C.C.A.F; D= EMPLEADOR. **D**

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6: E= COMPIN; F= MUTUAL; G= ISL; H= EMPLEADOR.

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
34	12	14	30		1.563.328		
34	01	15	30		1.579.608		
34	02	15	30		1.589.499		

% DESAHUCIO: [] , []

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

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 1-34450986

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

HERNANDEZ QUEVEDO LORETO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

260315 FECHA EMISION LICENCIA
250315 FECHA INICIO DE REPOSO
DIA MES AÑO

111098232 RUN EDAD
M O F SEXO
F

15 N° DE DIAS
QUINCE N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 299 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
DIA MES AÑO

HORA MINUTOS
TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

142 1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

LUGAR DE REPOSO 142= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO
CAYETANO LANDRETA
CALLE

322 N° DPTO

VILLA O POBLACION
PARRAL
COMUNA

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

MUNEZ URSIC TATIANA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

640 ESPECIALIDAD
1 1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

RUN
25309-K REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ANIBAL PINTO
CALLE N° 11255

PARRAL COMUNA
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR, USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ta	02	02	02	02	02
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES
	02	02	02	02	02

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700 K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 27 03 15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: D I E C I O C H O N O 7 2 0

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
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCCUPACION

11= EJECUTIVO 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 IPS, 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 08 LETRA (CAJA 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 CCAF: []

SEGURO DE DESEMPLEO: Trabajador Afiliado a AFC [] Contrato de duracion indefinida []

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 08 04 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 01 05

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7: A= COMPIN, B= ISAPRE, C= C.C.A.F, D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6: E= COMPIN, F= MUTUAL, G= ISL, H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS (B)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.) (C)	MONTO (D)	N° DE DIAS (E)
08	12	14	30		481.945.-		
08	01	15	30		481.097.-		
08	02	15	30		481.097.-		

(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 (B)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.) (C)	MONTO (D)	N° DE DIAS (E)

% DESAHUCIO: []

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) 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.



Licencia Médica

Nº 2- 45691967

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SILVA | APELLIDO MATERNO: SAUNDIAS | NOMBRES: JAQUELINE
 FECHA EMISION LICENCIA: 31/03/15 | FECHA INICIO DE REPOSO: 30/03/15 | RUN: 200475 | EDAD: 35 | SEXO: F
 Nº DE DIAS: 05 | Nº DE DIAS EN PALABRAS: CINCO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: | TRAYECTO: 1= SI | 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: |

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO | 2= HOSPITAL | 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION DE REPOSO: Avenida Larraín
 CALLE: 565 | DPTO: Buenos Aires
 VILLA O POBLACION: Ponal
 COMUNA: | TELEFONO: | CELULAR: | CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Ruiz | APELLIDO MATERNO: Lascurain | NOMBRES: VICTOR | ESPECIALIDAD: MED FAMILIAR
 RUN: | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 22625-4 | CORREO ELECTRONICO: victor.lascurain@medfamiliar.cl
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: ANIMAL PINTO | Nº: 1064 | COMUNA: Ponal

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
03	03	19	01	14	15
		26	01	21	28
				01	15

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

1= SI | 2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 31/03/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Direccion OCHO N° 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 2100

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA
1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS
2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
3= CONSTRUCCION
8 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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
11 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

2 1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO: 03 LETRA (CAJA PREV.):
NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. CURZUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 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 duración indefinida: 1 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/11/96 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 18/12/09 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A= COMPIN
D B= ISAPRE
C= C.C.A.F.
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES 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. I-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
03	12	14	30		839.876.-		
03	01	15	30		853.234.-		
03	02	15	30		853.234.-		

% DESAHUCIO

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

\$

(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

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



Licencia Médica

Nº 2 - 45691913

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

5040				Palma				Cesar Patricio			
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES			
060415				070415							
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				DIA MES AÑO			
07				Siete diez							
Nº DE DIAS				Nº DE DIAS EN PALABRAS							

090760								54		M	
FECHA DE NACIMIENTO								EDAD		SEXO	

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

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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

LUGAR DE REPOSO 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO
VILLA OMBROSIO PJE. A
CALLE
02
Nº
DPTO
PARRAL
VILLA O POBLACION

COMUNA
TELEFONO
CELULAR
CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

O'Hausens Jacinto Berdo				Med. cirj.				1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES	
RUN				32121-4				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION				CORREO ELECTRONICO				FIRMA DEL PROFESIONAL	
Calle (Buin)				330					
CALLE				Nº					
COMUNA									

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
[Empty grid for recording dates]					

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

1= SI
 2= NO

trabajados

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69.130700-K TELEFONO: 2637700 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 08/04/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIOCECHO N° 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 21300

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
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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: 2= D.L. 3501 IPS / D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 08 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF: [] [] [] [] [] []

SEGURO DE DESEMPLEO: - Trabajador Afiliado a AFC: 2= SI / 1= NO - Contrato de duración indefinida: 1= SI / 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: [] [] [] [] [] [] FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/04/82

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7: A= COMPIN, B= ISAPRE, C= C.C.A.F, D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6: E= COMPIN, F= MUTUAL, G= ISL, H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	01	15	30		727.672.-		
08	02	15	30		727.672		
08	03	15	30		727.672		

% DESAHUCIO: [] [] [] [] [] []

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

\$ [] [] [] [] [] []

(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

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

CONTINUA

CONTINUA



Licencia Médica

Nº 2- 46941940

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado, o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: Gutiérrez APELLIDO MATERNO: Ramírez NOMBRES: José
 FECHA EMISION LICENCIA: 09/04/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 09/04/15
 N° DE DIAS: 07 N° DE DIAS EN PALABRAS: 7 días

RUN: [REDACTED] M ó F: M
 FECHA DE NACIMIENTO: 14/07/64 EDAD: 50 SEXO: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 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 DE REPOSO: Fernando Díaz
 CALLE: 260 DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: Amara Olmedo
 COMUNA: Sanuel
 TELEFONO: _____ CELULAR: 72024785
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Loor APELLIDO MATERNO: Rivas NOMBRES: Marco
 RUN: 22787827-1 CORREO ELECTRONICO: 27504-1

ESPECIALIDAD: [Signature]
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA	DIAS
	MES	MES
	AÑO	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

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

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUN: 69130700-K TELEFONO: 2637700

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 09/04/15

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECI OCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 1101

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
8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO 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: 2= D.L. 3501 IPS / 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO: 08 LETRA: 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

SEGURO DE DESEMPLEO: - Trabajador Afiliado a AFC: 2= SI / 1= NO / - Contrato de duración indefinida: 1= SI / 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/10/87

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/11/07

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7: D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6: E= COMPIN / F= MUTUAL / G= ISL / H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 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
08	01	15	30		465.983		
08	02	15	30		465.993		
08	03	15	30		465.993		

% DESAHUCIO: 0, 0

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

(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

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.

CONTINUA

11A