



República de Chile
Provincia de Linares
Departamento de Personal

PARRAL, 29 OCT. 2019

DECRETO EXENTO SIAPER N°: 3209 /

VISTOS:

1. Las Facultades que me confiere la Ley N° 18.695/88, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
2. Las Licencias Médicas presentada por los funcionarios Municipales.
3. EL Decreto Exento N°3430 del 03.07.2018 que delega la firma de Alcalde a la Encargada de Personal, Srta. **ERICA GAJARDO PEREZ**, Profesional, Grado 10° E.M.S.-
4. EL Decreto Exento N°3193 del 25.10.2019 que designa Secretaria Municipal Subrogante a la Sra. **CARGA GOMEZ GARCIA**, Directivo, Grado 6° E.M.S.-
5. Lo Establecido en la Ley N° 18.883 de 1989, Ley que aprueba el Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales.

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, Licencia Médica de los Funcionarios Municipales que se señalan, según el detalle que se incorpora en la tabla, con goce de subsidio efectivo:

Rut	Funcionario	N° Licencia	Días	Emisión	Desde	Hasta
15.500.596-3	ARIEL BELMAR LUNA	2-57932411	5	15.07.2019	15.07.2019	19.07.2019
12.966.483-5	ALEJANDRO FAUNDEZ RETAMAL	2-59434073	2	24.07.2019	25.07.2019	26.07.2019
5.081.151-4	EDUARDO FERRADA VENEGAS	3-26929629	2	18.03.2019	18.03.2019	19.03.2019
16.827.745-8	ISMAEL INOSTROZA CASTILLO	2-59534353	30	30.07.2019	30.07.2019	28.08.2019
16.827.745-8	ISMAEL INOSTROZA CASTILLO	2-59549172	30	27.08.2019	29.08.2019	27.09.2019
7.556.159-8	GERMAIN MORALES MORALES	2-59600854	3	04.04.2019	03.04.2019	05.04.2019
7.556.159-8	GERMAIN MORALES MORALES	2-56260927	3	15.04.2019	15.04.2019	17.04.2019
7.556.159-8	GERMAIN MORALES MORALES	2-56260929	2	26.04.2019	25.04.2019	26.04.2019
8.067.325-6	CESAR PATRICIO SOTO PALMA	2-59604697	5	15.07.2019	15.07.2019	19.07.2019
14.023.383-8	VICTOR VALVERDE ROMERO	2-59433333	7	18.06.2019	18.06.2019	24.06.2019
17.332.914-8	LEONARDO VILLEGA NUÑEZ	2-59434182	12	19.08.2019	19.08.2019	30.08.2019
8.192.784-7	GLADYS VASQUEA BARRERA	2-59637905	4	05.08.2019	06.08.2019	09.08.2019

ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER - MUN.

"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"




CARLA GOMEZ GARCIA
SECRETARIA MUNICIPLA(S)




ERICA GAJARDO PEREZ
ENCARGADA DE PERSONAL

EGP/CGG/epc.

DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo
- 2.- Personal(2)



Licencia Médica

Nº 2 - 57932411

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: Belman APELLIDO MATERNO: LUNA NOMBRES: ARUQUE
 FECHA EMISION LICENCIA: 150412 FECHA INICIO DE REPOSO: 150412
 N° DE DIAS: 05 N° DE DIAS EN PALABRAS: Cinco

RUN: 15500596-3
 FECHA DE NACIMIENTO: 250183 EDAD: 36 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: Unkuntia
 CALLE: Sus N°: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: Dominical
 COMUNA: _____ TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Nlo APELLIDO MATERNO: SOP NOMBRES: Felipe ESPECIALIDAD: TM
 RUN: 11329876-4 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: SMA N°: 54
 CALLE: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 COM: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

1= SI 2= NO

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	AÑO	DIA
_____	_____	_____	_____	_____

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

ILUSTRACION MUNICIPALIDAD DE PARAZAL

69130700 - K
RUT

2751519
TELEFONO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

17 07 19
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE
FUNCIONES EL TRABAJADOR

DIECI OCITO N° 220

PARAZAL
COMUNA

PARAZAL
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)

13

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR

REGIMEN PREVISIONAL

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

CODIGO 3 LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. A.F.P. CUPZUM

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

4

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 08
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 01 13
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 PARAZAL

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. 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	B	C	D	E
03	04	19	30		2.190.320.-		
03	05	19	30		2.192.937.-		
03	06	19	30		2.190.320.-		

% DESAHUCIO

y

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	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

Nº 2 - 59434073

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

FAUNDEZ RETAMAL ALEJANDRO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 240719 250719
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO
 02 DOS
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

12966483 - 5
 RUN M 6 F
 160776 43 7
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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

 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

 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
 1
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCION DE REPOSO
 PASAJE 6
 CALLE
 1135 _____
 Nº DPTO
 VILLA O POBLACION
 PARRAL
 COMUNA

 TELEFONO 09 78798603
 CELULAR

 CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

VEGA GODOY RAFAEL
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 11320286 - 6 20798 - 5
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
 BUIN
 CALLE
 PARRAL
 COMUNA

FIRMA DEL TRABAJADOR
 MED. FAMILIAR
 ESPECIALIDAD
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

 CORREO ELECTRONICO

411
 Nº
 73 2462275
 TELEFONO

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN 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		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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

RUT: 69130700 - K TELEFONO: 2751519 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 25 07 19
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Direccion 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)

14

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: 05 LETRA (CAJA PREV.): []
NOMBRE INT. PREV.: A.F.P. HABITAT

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 PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 06 96 DIA MES AÑO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR: [] DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 01 16 DIA MES AÑO

SEGURO DE DESEMPLEO

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: EMPLEADOR

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. 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
05	04	19	30		964.307.-		
05	05	19	30		1.625.917.-		
05	06	19	30		964.307.-		

% 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



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 026929629-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

F	E	R	R	A	D	A			V	E	N	E	G	A	S			E	D	U	A	R	D	O	S	I	L	V	5	0	8	1	1	5	1			-	4
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO								NOMBRES								RUN															
1	8	0	3	2	0	1	9	1	8	0	3	2	0	1	9	7	3	M																					
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																					
0	2	D O S																																					
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																																					

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

																																			-	
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO								NOMBRES								RUN												
FECHA NACIMIENTO																																				

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI
2 = NO

INICIO TRAMITE 2 = SI
1 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO 1 = SI
2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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)

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA DUBLE ALMEYDA 1617,
Ñuñoa

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-54990022

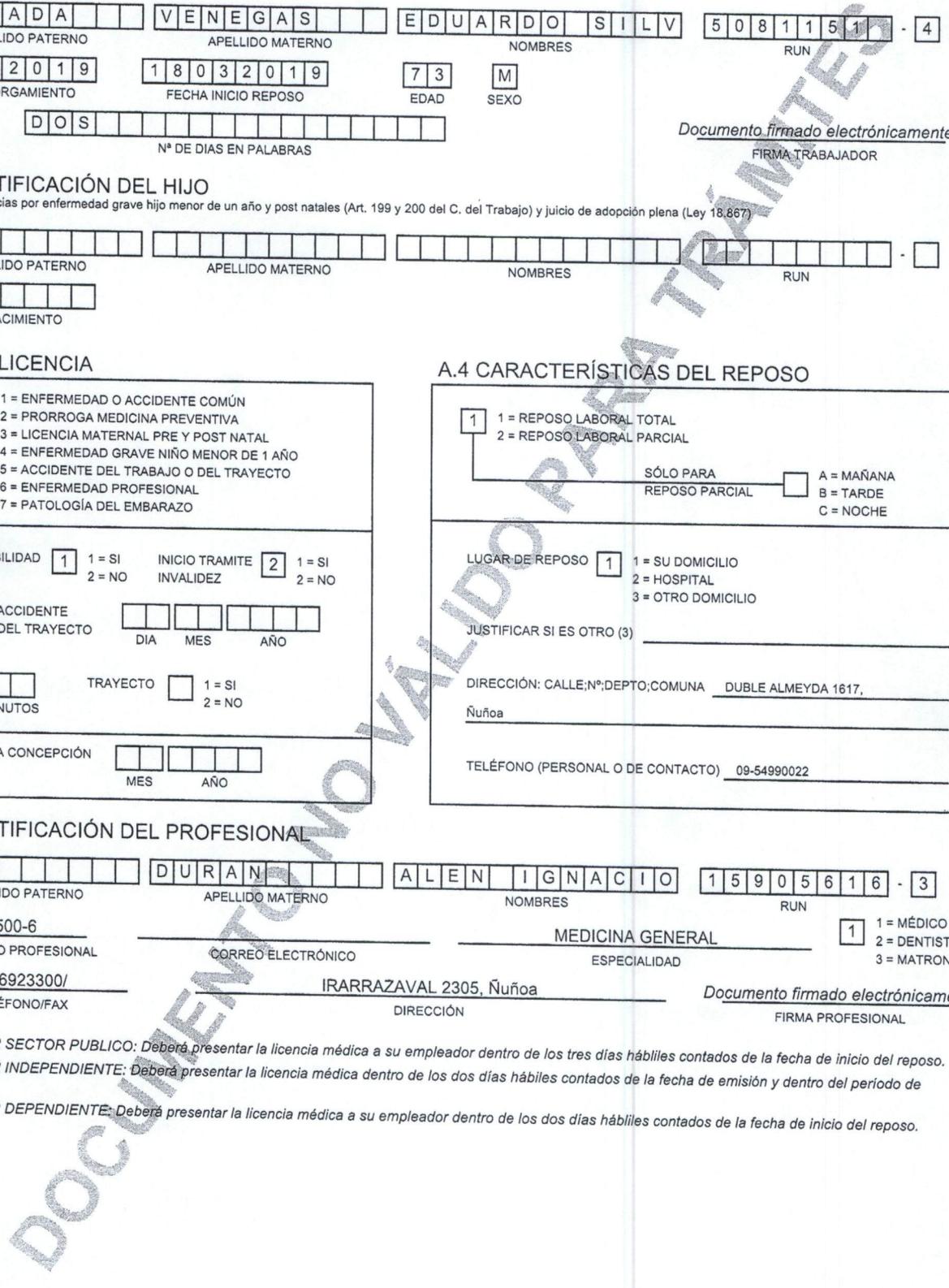
A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S	O	T	O					D	U	R	A	N				A	L	E	N	I	G	N	A	C	I	O	1	5	9	0	5	6	1	6	-	3
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO								NOMBRES								RUN												
REG. COLEGIO PROFESIONAL								CORREO ELECTRÓNICO								ESPECIALIDAD								FIRMA PROFESIONAL												
30500-6								IRARRAZAVAL 2305, Ñuñoa								MEDICINA GENERAL								<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA												
02-6923300/								DIRECCIÓN								TELÉFONO/FAX								Documento firmado electrónicamente												

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.





Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 026929629-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 69130700 - K 956989554

TELEFONO: 18032019

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

DIECIOCHO 720 DEPTO. SEGUNDO, PARRAL

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

COMUNA: PARRAL

CÓDIGO 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 Y PROFESIONALES Y OTROS.
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCUPACION

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

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO: [] [] LETRA (CAJA PREV): []

NOMBRE INT. PREV.:

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A 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

01091965

01111993

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

D = EMPLEADOR

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

BANMEDICA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 026929629-1

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
-1	12	2018	30	\$ 0	\$ 2.158.402	\$ 0	0
-1	01	2019	30	\$ 0	\$ 2.184.415	\$ 0	0
-1	02	2019	30	\$ 0	\$ 2.185.262	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,8 UF) para trabajador afiliado a AFC

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Licencia Médica

Nº 2 - 59534353

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: **J M O S T R O Z A** APELLIDO MATERNO: **C A S T I L L O** NOMBRES: **I S M O E L**
 FECHA EMISION LICENCIA: **300719** FECHA INICIO DE REPOSO: **300719** DIA: **30** MES: **07** AÑO: **19**
 Nº DE DIAS: **030** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **TREINTA**

RUN: **16827745 - 8**
 FECHA DE NACIMIENTO: **210688** EDAD: **31** 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: 2 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): **AMBULATORIO**
 DIRECCION DE REPOSO: **CALLE 1**
 Nº: **365** DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **PORTAL ALBAHUMARA**
 COMUNA: **PARRAL**
 TELEFONO: _____ CELULAR: **9 42965283**
 CORREO ELECTRONICO: **ISMUELIJOSTAR@HOTMAIL.COM**

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: **J U L I A** APELLIDO MATERNO: **M U S T I O A** NOMBRES: **S E R A T O**
 RUN: **7386982 - K** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **14157 - 5**
 ESPECIALIDAD: **PSQUIATRIA** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: **COMPIN2008@cmr.lc**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **LAUQUEN**
 Nº: **540**
 FIRMAS: **[Firma Trabajador]** **[Firma Profesional]**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1= SI 2= NO
 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
07	22	03
07	23	03
30	11	06

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C4. 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

68130700 - K

RUT

2751518

TELEFONO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

310719

DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

DIECIOCHO 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

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)

14

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 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 1= SI
2= NO

- Contrato de duración indefinida 1= SI
2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

010707

DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

010116

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

D

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

EMPLEADOR

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. 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	04	18	30		964.307.-		
03	05	18	30		1.623.917.-		
03	06	18	30		964.307.-		

% 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 - 59549172

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: **INOSTROZA** APELLIDO MATERNO: **COSTILLO** NOMBRES: **ISMAEL**
 FECHA EMISION LICENCIA: **270819** FECHA INICIO DE REPOSO: **290819**
 N° DE DIAS: **030** N° DE DIAS EN PALABRAS: **TREINTA**

RUN: **1682+745-8**
 FECHA DE NACIMIENTO: **210688** EDAD: **31** 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: _____

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): **ambulatorio**
 DIRECCION DE REPOSO: **CALLE #1**
 CALLE: **365** DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **PORETHA AUMARON**
 COMUNA: **PARRAL**
 TELEFONO: _____ CELULAR: **942965139**
 CORREO ELECTRONICO: **ISMAELINOSTROZA@HOTMAIL.COM**

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: **JUICA** APELLIDO MATERNO: **MUSICA** NOMBRES: **SERGIO**
 RUN: **7386982-K** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **14656-5**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
 CALLE: **CHAYARO**
 COMUNA: **COJUEPIN**

ESPECIALIDAD: **PSQUIATRA** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: **COJUEPIN2008@5milion**
DR. SERGIO JUICA M. PSQUIATRA
 RUT: **7386982-K**
 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 recepción del documento.

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS
DIAS	MES	DIAS	MES	
30	09	30	09	30
30	11	30	11	30
30	06	30	06	30
30	08	30	08	30
30	08	30	08	30

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

ILUSTRAR MUNICIPALIDAD DE PARARAL

68130700 - K

2751519

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

280819

DIRECCION DONDE CUMPLE
FUNCIONES EL TRABAJADOR

DIECIOCHO 2720

PARARAL

PARARAL

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

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CAJAF

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. COPNUM

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	2 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 07 07

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 01 16

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 EMPLEADOR

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. 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	05	19	30		1.623.817		
03	06	19	30		904.307		
03	07	19	30		1.623.817		

% 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

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: **NOVALES** APELLIDO MATERNO: **NOVALES** NOMBRES: **GERMAIN**
 FECHA EMISION LICENCIA: **03** N° DE DIAS: **03**
 FECHA INICIO DE REPOSO: **030419** DIA: **03** MES: **04** AÑO: **19**
 FECHA DE NACIMIENTO: **100757** RUN: **7556159** EDAD: **61** SEXO: **M**
 N° DE DIAS EN PALABRAS: **TRES**

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

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: **PABLO NERUDA**
 CALLE: **901** N°: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **PARRAL**
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: **942758327**
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: **NUÑEZ** APELLIDO MATERNO: **URSIC** NOMBRES: **TATIANA**
 RUN: **8498665** - **B** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **25309** - **K**
 ESPECIALIDAD: **640** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **PABLO NERUDA** CALLE: **865** N°: _____
PARRAL COMUNA: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
 FIRMA DEL TRABAJADOR: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción de el documento.
 ADMINISTRACION MUNICIPAL DE PARRAL
 1= SI 2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

FLUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARARAL

RUT: 69130700 - K TELEFONO: 2751526 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 04 04 19

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIRECCION CHO 720

COMUNA: PARARAL CIUDAD: PARARAL 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)

11

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: 05 LETRA: [] (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV.: Habitat

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

4

FECHA RECEPCION LICENCIA POR AF: []

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 07 89 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 07 89 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: J MUNICIPALIDAD DE PARARAL

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. 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
05	03	19	30		2.183.208		
05	02	19	30		2.185.262		
05	01	19	30		2.184.415		

% 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

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

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARAZAL

RUT 68130700-K

TELEFONO 2751518

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

28 04 19
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR Direccion N° 720

COMUNA PARAZAL

CIUDAD PARAZAL

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

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR

REGIMEN PREVISIONAL

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

CODIGO 05 LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. A.F.P. Habitual

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 07 88
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 07 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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO I. MUNICIPALIDAD DE PARAZAL

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. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	B	C	D	E
05	01	19	30		2.184.415.-		
05	02	19	30		2.185.262.-		
05	03	19	30		2.183.208.-		

% 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	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

Nº 2 - 59604697

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

SOTO PALMA CESAR PATRICIO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

150719 150719
FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO

9067325-6 090760 59 M F
RUN FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

05 CLINCO
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).

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
CALLE
Nº DPTO
VILLA O POBLACION
COMUNA
TELEFONO CELULAR
CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

WIB SACCOMI VICTOR
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
100076578-0 22675-7
RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

Med-Famika
Especialidad 1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA
CORREO ELECTRONICO: danielhuerto@hotmail.cl

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE
COMUNA

FIRMA DEL TRABAJADOR
FIRMA DEL PROFESIONAL
Nº TELEFONO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA COMPÍN 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.

1= SI
 2= NO

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

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

ESTRE MUNICIPAL DE PARRAL

RUT: 69130400-K TELEFONO: 2751518

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 180719

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Direccion N2720

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

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

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: 010482

DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010482

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: EMPLEADOR

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. 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	04	18	30		937.818.-		
08	05	18	30		1513.404.-		
08	06	18	30		937.818.-		

% 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 - 59433333

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: Valverde APELLIDO MATERNO: Ronero NOMBRES: V. C. R.
 FECHA EMISION LICENCIA: 07 N° DE DIAS: Siete
 FECHA INICIO DE REPOSO: 180618 N° DE DIAS EN PALABRAS: Siete

RUN: 14023383-8
 FECHA DE NACIMIENTO: 170781 EDAD: 37 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

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: Buqu
 CALLE: 4850 N°: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: Briz
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: 957892634
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: Soto APELLIDO MATERNO: Ponce NOMBRES: A. Daniela
 RUN: 15699323-9 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 35251-9
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
 CALLE: Ben
 COMUNA: Par

FIRMA DEL TRABAJADOR: Bul
 ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: A. Daniela Soto Ponce
Médico Cirujano
Rut: 15.699.323-9
Firma del Profesional
P.C.M. 35251-9
 N°: 411
 TELEFONO: 732488274

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.

1= SI 2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
_____	_____	_____	_____	_____	_____

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

RUT: 69130700-K TELEFONO: 2751519 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 19/06/19

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
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: 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR: []

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/05/12 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 15/01/13

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

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 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. 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	03	19	30		2.167.767.-		
03	04	19	30		2.167.767.-		
03	05	19	30		2.2M.842.-		

% 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

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

ELUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARARAL

RUT 6930700 - K

TELEFONO 2731319

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

19 08 19
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

DIECLOCHO N° 720

COMUNA PINOZAL

CIUDAD PARARAL

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

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR

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
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 01 13
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 EMPLEADOR

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. 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	05	19	30		1.097.943		
08	06	19	30		640.689		
08	07	19	30		1.097.943		

% 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 - 59637905

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: VAJQUEZ BARRERA
 APELLIDO MATERNO: GLADYS HO
 NOMBRES: [Empty]
 FECHA EMISION LICENCIA: 04
 N° DE DIAS: CUATRO
 N° DE DIAS EN PALABRAS: [Empty]

RUN: 8192784-7
 FECHA DE NACIMIENTO: 010960
 EDAD: 58
 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: [Empty]
 APELLIDO MATERNO: [Empty]
 NOMBRES: [Empty]

FECHA DE NACIMIENTO: [Empty]
 RUN: [Empty]

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: [Empty]
 DIA: [Empty] MES: [Empty] AÑO: [Empty]

TRAYECTO: 1= SI 2= NO

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

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 (3)

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [Empty]

DIRECCION DE REPOSO: 011106615
 CALLE: 635
 N°: [Empty] DPTO: [Empty]

VILLA O POBLACION: PATRUAL
 COMUNA: [Empty]

TELEFONO: [Empty] CELULAR: 992181925

CORREO ELECTRONICO: [Empty]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: LARRAIN AMIGO JAVIER O
 APELLIDO MATERNO: [Empty]
 NOMBRES: [Empty]
 RUN: 13895657-1
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [Empty]

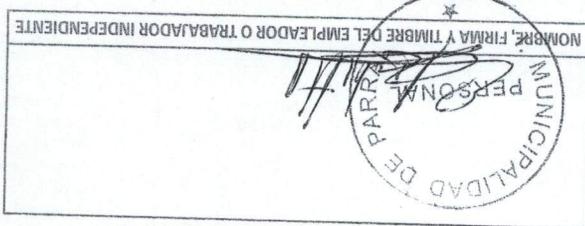
ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: LOS CARRETA
 COMUNA: LOS ANGELES

N°: 20
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]
 Dr. Javier Larrain Amigo
 rmatólogo
 13-895.657-1

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES



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.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES	
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		TOTAL DIAS	
DESDE	HASTA	DIA	MES
03/06/05	05/06/05	03	05
04/06/05	05/06/05	04	05
05/06/05	05/06/05	05	05
06/06/05	05/06/05	06	05
07/06/05	05/06/05	07	05
08/06/05	05/06/05	08	05
09/06/05	05/06/05	09	05
10/06/05	05/06/05	10	05
11/06/05	05/06/05	11	05
12/06/05	05/06/05	12	05

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

ELVUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

RUT: 69130700 - K TELEFONO: CODIGO COMUNAL USO COMPIN: 060819

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: DIECI OCHO 720

COMUNA: PARRAL CIUDAD: PARRAL

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
5= COMERCIO
6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES
7= FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS
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: 03 LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. AFP COPURON

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 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: 010689 (DIA MES AÑO)
FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 010295 (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: EMPLEADOR

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. 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	05	19	30		1.475.031		
03	06	18	30		898.445		
03	07	18	30		1.475.031		

% 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