República de Chile
Provincia de Linares
Dirección de Recursos Humanos

**DECRETO EXENTO Nº:** 4914

**PARRAL,** 24 SEP 2024

**VISTOS:**

1.- Las facultades que me confieren la ley Nª 18.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
2.- La Sentencia definitiva de fecha 10 de junio del 2021 dictada por el Tribunal Electoral Regional del Maule.
3.- Acta de Proclamación de fecha 16 de junio del 2021 del Tribunal Electoral Regional del Maule.
4.- Juramento prestado en Sesión de instalación del Honorable Concejo Comunal de Parral celebrada el 28 de junio del 2021.
5.- Declaración de Asunción de funciones efectuada por el Decreto Afecto N°1.282 del 29 de junio del 2021.
6.- Decreto Exento N°2531 de fecha 13 de mayo de 2024 que designa a la Sra. Marie Michele Hiribarren Taricco como Alcaldesa subrogante de la Ilustre Municipalidad de Parral.
7.- Lo establecido en Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios.
8.- El oficio N°181 informando a la profesional prestadora de servicios Camila Contardo Cabrera del Servicio SENDA el pago efectuado en exceso durante el mes de julio 2024.
9.- Correo emitido por profesional Camila Contardo Cabrera de fecha 17 de septiembre hacia Karla Guzmán Guzmán, Jefa de Personal de la Ilustre Municipalidad de Parral, donde acusa recibo del oficio N°181, que le informa respecto del proceso de pago en exceso durante el mes de julio 2024 y posterior procedimiento de reintegro.
10.- Licencia médica de folio N°104205260-0 emitida con fecha 28 de junio de 2024, que otorga reposo total laboral a la profesional Camila Contardo Cabrera RUT N°17.059.832-6 por un período de 20 días, válida con fecha de inicio de reposo el 18 de junio hasta el 08 de julio de 2024.

**CONSIDERANDO:**

1.- Que, durante el proceso de pago correspondiente para el mes de julio 2024, a la prestadora de servicios a honorarios la Srta. Camila Contardo Cabrera, quién presento licencia médica (15 días) entre los días 17 de junio hasta el día 01 de julio de 2024, y posteriormente presenta otra licencia médica cuya cobertura es entre los días 18 de junio hasta el 08 de julio de 2024 (20 días). Durante el proceso de pago del mes de julio 2024, la profesional suscrita emite boleta de honorarios N°96, descontando 05 días no trabajados, boleta que se ejecutó en su pago erróneamente, dado que el descuento por días no trabajados debió ser de 07 días durante el mes señalado, lo que supone un descuento de $242.381 pesos a su sueldo imponible. En este entendido, la profesional suscrita emitió boleta de honorarios N°96 por un monto de $865.647 pesos erróneamente, valor que según lo expuesto anteriormente debió ser por un monto de $796.395 pesos, quedando un monto pagado en exceso de $69.252 pesos, el que debe ser reintegrado.

3.- Que, mediante el ORD N°181, emitido por la directora (s) de Recursos Humanos Karla Guzmán Guzmán, con fecha 16 de septiembre de 2024, se notificó a la Prestadora de servicios CAMILA CONTARDO CABRERA, que había percibido un pago en exceso en el mes de julio 2024 correspondiente a dos días no trabajados por un monto total de **$69.252** pesos (sesenta y nueve mil doscientos cincuenta y dos pesos).

**DECRETO:**

1.- **REINTÉGRESE,** el monto de $69.252.- (sesenta y nueve mil, doscientos cincuenta y dos pesos), por parte de doña **Camila Contardo Cabrera**, RUT N°**17.059.832-6**, Prestadora de servicio a honorarios, a la cuenta corriente Plan comunal de Seguridad Pública N°44709000036 del banco Estado de Chile, a nombre de la Ilustre Municipalidad de Parral, RUT N°69.130.700-k.

2.- Ingrésese el reintegro, a la cuenta contable **214-05-17-007** asignada al **PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS SOCIALES Y EMOCIONALES EN NNAJ 2024**. "Devolución y reintegro proveniente de sueldo pagado erróneamente de acuerdo con los días descontados no trabajados, se descontaron 5 días y debió descontarse 7 días no trabajados", el monto de $69.252 pesos, por concepto de reintegro de pago en exceso.

3.- El presente decreto de reintegro se enviará al Departamento de Contabilidad y Presupuesto para cualquier ajuste que correspondiere.

**ANÓTESE, REFRÉNDESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

**ALEJANDRA ROMÁN CLAVIJO**
**SECRETARIA MUNICIPAL**

**MICHELE HIRIBARREN TARICCO**
**ALCALDESA DE PARRAL (S)**

**fbc**
**DISTRIBUCION:**
1.- Interesada (copia digital camila.contardo@parral.cl)
2.- contabilidad jorge.valverde@parral.cl
2.- Oficina de Partes

**FUNCIONARIOS RESPONSABLES**

| Director (s) DIDECO | Jefa Acción Social | Encgda. Programas Externos |
|---|---|---|
| Francisco Pinochet Romero | Maria Soledad Vilches García | Silvanna Chandía Elgueta |
| | | |

República de Chile
Provincia de Linares
Director de Recursos Humanos

ORD.: 181 /
ANT.: No hay
MAT.: Pago efectuado en exceso

Parral, 16 de septiembre de 2024

DE : DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS (S)
KARLA GUZMAN GUZMAN

A : SRA. CAMILA CONTARDO CABRERA

1.- Junto con saludar, vengo a informar que con fecha 11 de septiembre 2024, la Encargada de Programas Externos, la Srta. Silvanna Chandia Elgueta, nos notificó por correo electrónico que se había realizado un pago en exceso en el mes de julio del Programa Senda Previene.

2.- Que, usted presento una licencia médica hasta el 07 de julio del 2024, retomando sus funciones el día 8 de julio del presente año.-

3.- Que, durante el proceso de pago del mes de julio 2024, usted emitió boleta de honorarios N°96, descontando 05 días no trabajados producto de una licencia médica, boleta que se ejecutó en su pago erróneamente, dado que el descuento por días no trabajados debió ser de 07 días durante el mes señalado.

4.- Por consiguiente, usted percibió un pago en exceso en el mes de julio de $69.252, correspondiente a dos días no trabajados.

5.- Por lo expuesto se solicita que se acerque a la oficina de la dirección de recursos humanos, para realizar un acuerdo de pago de lo abonado correspondiente a los honorarios en exceso del mes de Julio del 2024.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Saluda atentamente a Usted,

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DIRECTOR RECURSOS HUMANOS PARRAL

**KARLA GUZMAN GUZMAN**
**DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS (S)**

Camila Contardo C.

## Felipe Benavente

| | |
|---|---|
| **De:** | KARLA GUZMAN GUZMAN |
| **Enviado el:** | martes, 17 de septiembre de 2024 10:11 |
| **Para:** | Felipe Benavente |
| **CC:** | SILVANNA CHANDIA ELGUETA; SOLEDAD VILCHES GARCIA; FRANCISCO PINOCHET ROMERO |
| **Asunto:** | RV: Oficio |
| **Datos adjuntos:** | doc05798120240917074701.pdf |

Estimado Felipe:

Junto con saludar, informo que, hoy 17 de septiembre se notifico a la prestadora de servicio a honorarios la Srta. Camila Contardo, sobre el pago en exceso que se había realizado en el mes de julio, copio correo sobre su respuesta y adjunto oficio de notificación.

Atte.


**Karla Guzmán Guzmán**

Jefa de Personal | Direccion de RR.HH | Ilustre Municipalidad de Parral

Teléfono: 732751524

Móvil: +56940289194

Email: karla.guzman@parral.cl


---

**De:** Camila Contardo Cabrera <Camila.Contardo@parral.cl>
**Enviado:** martes, 17 de septiembre de 2024 10:06
**Para:** KARLA GUZMAN GUZMAN <karla.guzman@parral.cl>
**Asunto:** Oficio

Estimada, junto con saludar y esperando que te encuentres bien, vengo a informar que con fecha de 16 de septiembre 2024 doy acuso recibo del oficio 181 y a materia de este, de un pago defectuoso y realizar su posterior devolución

Sin otro particular, me despido cordialmente
Camila Contardo C.

MINISTERIO DE SALUD (3)

Gobierno de Chile

# Licencia Médica

**Otorgada para cotizante FONASA**

**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

N° 3 104205260-0

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
|---|---|---|---|
| CONTARDO | CABRERA | CAMILA DE LO | 17059832 - 6 |

| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO | EDAD | SEXO |
|---|---|---|---|
| 28062024 | 18062024 | 34 | F |

| Nº DE DIAS | Nº DE DIAS EN PALABRAS |
|---|---|
| 20 | VEINTE |

*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

7

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] 1 = SI 2 = NO

INICIO TRAMITE INVALIDEZ [2] 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO — DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO [ ] 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN 04 2024 — MES AÑO

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

[1] 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA VILLA SAN PEDRO TERCERO
PASAJE 7 CASA 843, Parral

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-98198755

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
|---|---|---|---|
| SAAVEDRA | GOMEZ | PATRICIA MAH | 9949323 - 2 |

| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO | ESPECIALIDAD | |
|---|---|---|---|
| 18017-3 | | OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA | [1] 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA |

| TELÉFONO/FAX | DIRECCIÓN | FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|---|
| 433000/ | Pedro Aguirre Cerda # 35, Chillán | *Documento firmado electrónicamente* |

*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.*

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD

Gobierno de Chile

# Licencia Médica

**Otorgada para cotizante FONASA**

**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

N° 3 104205260-0

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CONTARDO CABRERA CAMILA

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

17059832 - 6

RUN

TELEFONO

01072024

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

BALMACEDA 216 , PARRAL

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

PARRAL

COMUNA

740

CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICCULTURA 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

19

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).

**SIN ESPECIFICAR**

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

REGIMEN PREVISIONAL

2

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

CÓDIGO 29

LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

4

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 — 1 = SI, 2 = NO

Contrato de duración indefinida 2 — 1 = SI, 2 = NO

01052016

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

01052016

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

A

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

COMPIN

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VALIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD

Gobierno de Chile

# Licencia Médica
## Otorgada para cotizante FONASA
## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 104205260-0

## 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 74.3 UF) | MONTO | Nº DÍAS |
| | A | | | B | C | D | E |
| -1 | 01 | 1900 | 0 | $0 | $0 | $0 | $0 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

% DESAHUCIO

0 . 0

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 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 20 UF) | MONTO | Nº DÍAS |
| | A | | | B | C | D | E |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

**(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)**

2 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 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica

N° 3 104205260-0

**Sucursal** : Clínica Chillan - Clínica Chillan
**Fecha Otorgamiento** : 28-06-2024 20:24 hrs.
**Entidad que se pronuncia** : FONASA
**Empleador** : CONTARDO CABRERA CAMILA

**ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR CONTARDO CABRERA CAMILA (RUT 17059832-6)**

## 1. Datos Profesional

| | |
|---|---|
| **Profesional** | : SAAVEDRA GOMEZ,PATRICIA MAHALY |
| **Rut** | : 9949323-2 |
| **Especialidad** | : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA |
| **Dirección** | : Pedro Aguirre Cerda # 35, Chillán - Tel: 433000 |

## 2. Datos Trabajador

| | |
|---|---|
| **Nombre** | : CONTARDO CABRERA,CAMILA DE LOS ANGELE |
| **Rut** | : 17059832-6 |
| **Edad** | : 34 |
| **Sexo** | : Femenino |
| **Tipo Licencia** | : 7. Patología del Embarazo |

## 3. Datos Reposo

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha Inicio** | : 18-06-2024 | **Lugar** | : Domicilio |
| **N° Días** | : 20 | **Dirección** | : VILLA SAN PEDRO TERCERO PASAJE 7 CASA 843,Parral |
| **Fecha término** | : 07-07-2024 | **Teléfono** | : 09-98198755 |
| **Tipo** | : Reposo Total | | |

## 4. Estado de la licencia

| | |
|---|---|
| **Estado** | : Pronunciada para pago |
| **Fecha Última Modificación** | : 12-07-2024 16:47 hrs. |
| **Motivo Anulación** | : |
| **Motivo Rechazo** | : |
| **Motivo Devolución** | : |

Estimado trabajador:

Este comprobante debe entregarlo a su empleador para la tramitación de su licencia médica, el que debe enviar por correo electrónico o a través de otro medio (foto o comprobante escaneado). Sin embargo, es muy importante que guarde la evidencia del envío de su licencia al empleador.

**Firma o timbre del empleador y fecha de recepción**

Estimado Empleador:

Con el propósito de evitar la tramitación de licencias médicas electrónicas de empleador no adscrito en formato físico, hemos dispuesto un sitio web donde usted podrá tramitar esta licencia médica de manera electrónica, agilizando su cálculo y pronunciamiento. Para esto, debe ingresar a www.licencia.cl/tramitar y seguir los pasos ahí señalados.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Informamos además que a partir de Enero 2021 la emisión de licencias médicas será exclusivamente de manera electrónica, con excepcionalidades debidamente fundadas (Decreto Nº46, Ministerio de Salud), por lo que lo invitamos a inscribirse a partir de hoy en el sitio www.lmempleador.cl y de esta forma podrá tramitar en línea todas las licencias que reciba a partir de la fecha de inscripción.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **104205260-0** y código de verificación: **l-a19925**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.