

07 FEB. 2020

Departamento de Recursos Humanos

**BUIN,**

**DECRETO ALC N° 423** / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 62 letras i) y j) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones, el párrafo 5° Art. 110° de la Ley N° 18.883, Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales.

**CONSIDERANDO:**

1.- Que por **Decreto ALC. N° 274** de fecha 24 de Enero de 2020, el Sr. Alcalde delega en la Administradora Municipal Subrogante Sra. **Nancy Viviana Vargas Sandoval**, atribuciones y facultades Alcaldicias, desde el 24 de Enero hasta el 07 de Febrero de 2020, ambas fechas inclusive.

2.- Que por **Decreto ALC. N° 275** de fecha 27 de enero de 2020, se decreta Feriado Legal del Secretario Municipal don **Gerónimo Martini Gormaz**, desde el 27 de Enero hasta el 07 de Febrero de 2020, ambas fechas inclusive. Nómbrase como **Secretario Municipal Subrogante a don Víctor Zúñiga Silva**, Abogado - Director de Control, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.

3.- Licencias Médicas presentadas por los funcionarios que se nombran, de la cual se adjuntan copias.

**DECRETO**

1.- Decrétese Licencia Médica de los funcionarios municipales que se mencionan en el recuadro:

Nombre	Fecha Inicio	Fecha termino	N° de días
Irma E. Antilef Aros	11/01/2020	22/01/2020	12 días
Iván Arias Vallejos	07/01/2020	05/02/2020	30 días
Felipe E. Contreras Parraguirre	06/01/2020	12/01/2020	07 días
Bastián M. López Pérez	15/01/2020	13/02/2020	30 días
Paulino F. Llantén Araya	09/01/2020	15/01/2020	07 días
Rosa X. Morales Carrasco	08/01/2020	10/01/2020	03 días
Julia M. Rosales Vega	04/01/2020	02/02/2020	30 días
Silvia L. Torres Pavez	08/01/2020	10/01/2020	03 días
Carlos Venegas Contreras	02/01/2020	31/01/2020	30 días

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



**VICTOR ZUÑIGA SILVA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

VVS/VZS/FMC/IVR/ams/pmp.

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Recursos Humanos



**VIVIANA VARGAS SANDOVAL**  
**ADMINISTRADORA MUNICIPAL (S)**  
Por Orden del Sr. Alcalde.



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035793735-3

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A N T I L E F				A R O S				I R M A E L I A N A				7 8 7 1 6 8 2				7
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
1 0 0 1 2 0 2 0				1 1 0 1 2 0 2 0				6 1		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
1 2		D O C E														
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS										FIRMA TRABAJADOR				

*Documento firmado electrónicamente*

#### 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	
1													
RECUPERABILIDAD LABORAL		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		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;N°;DEPTO;COMUNA		ERRAZURIZ 1021,		Buin					
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		09-95274329							

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

T O L E D O				T A S S A R A				M A C A R E N A				1 2 7 0 6 8 2 4				0
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
Número colegio médico				CORREO ELECTRÓNICO				MEDICINA GENERAL				1				
REG. COLEGIO PROFESIONAL				Jose Joaquin Perez 408, Buin				ESPECIALIDAD				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA				
34-590535/				DIRECCIÓN				Documento firmado electrónicamente				FIRMA PROFESIONAL				
TELÉFONO/FAX																

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.

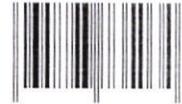




# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035793735-3

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

I . M U N I C I P A I L I D A D D E B U I N																									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																									
6 9 0 7 2 5 0 0						- 2	0 2 - 8 2 1 8 4 4 3						1 0 0 1 2 0 2 0												
RUN							TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)												
C A R L O S C O N D E L L 4 1 5 , B U I N																									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																									
B U I N																									
COMUNA							CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																		

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

<p>0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.          1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.          2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.          3 = CONSTRUCCION.          4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.          5 = COMERCIO.          6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.          7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.          8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.          9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA</p>	<b>8</b>
---	----------

#### OCUPACION

<p>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).</p>	<b>1 4</b>
---	------------

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

<h4>REGIMEN PREVISIONAL</h4> <p><b>2</b> 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO <b>5</b> <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. HABITAT</p>	<h4>CALIDAD DEL TRABAJADOR</h4> <p><b>1</b> 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.</p> <p><b>0 1 0 1 1 9 9 6</b></p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<h4>SEGURO DE DESEMPLEO</h4> <p>Trabajador afiliado a AFC <b>2</b> 1 = SI 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida <b>1</b> 1 = SI 2 = NO</p> <p><b>0 1 0 1 1 9 9 6</b></p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
---	---	---

#### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h4>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h4> <p><b>D</b> A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR</p>	<h4>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h4> <p><input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR</p>
---	--

E M P L E A D O R																									
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO																									

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal  
69072500-2

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ANTILEF AROS IRMA ELIANA  
PRESENCIA Nro.: 3-0357937353 DEL 11/01/2020 AL 22/01/2020  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP HABITAT Porc.Prev: 11,27  
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%  
FECHA DE INGRESO: 06/03/2014  
NACIONALIDAD: SEXO: F

RUT: 7.871.682-7  
Nro.DIAS 12

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019
	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
I M P O N I B L E S	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.627.180	935.229	1.594.839
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	1.627.180	935.229	1.594.839

D E S C U E N T O	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	183.384	105.400	179.740
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	113.903	65.466	111.639
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	297.287	170.866	291.379

III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	38.636	8.349	34.733
-----	---------------------------------	--------	-------	--------

	TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )	1.291.257	756.014	1.268.727
--	---	-----------	---------	-----------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA:	1.105.333	LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )		36.844	6.113	3.797



FIRMA DEL EMPLEADOR

10 ENE. 2020

FECHA



REGION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR  
 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

COMUNICIDAD DE BUIN

RUT: 1092500-2 TELEFONO: 72 8218505

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 06 01 20

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: CARLOS CONDELL 4A S

COMUNA: N CIUDAD: SANTIAGO

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

- ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR
- 1- AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA
  - 2- MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS
  - 3- INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
  - 4- CONSTRUCCION
  - 5- ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA
  - 6- COMERCIO
  - 7- TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES
  - 8- FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS
  - 9- SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
  - 10- ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA
  - 11- CONTRATO PLAZO FIJO

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

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.

LETRA (CAJA PREV.):

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO: - Trabajador Afiliado a AFC, - Contrato de duracion indefinida

PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 07 17

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 07 17

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: SERVICIO SALUD SUR

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 correspondan.

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

CATEGORIA 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
	12	2019	31		\$ 874.645,-		
	11	2019	30		\$ 480.272,-		
	10	2019	31		\$ 857.675,-		

% 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)

CATEGORIA 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

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
 DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
 SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
 FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ARIAS VALLEJOS IVAN BRUCIS  
 LICENCIA Nro.: 1-38716461 DEL 07/01/2020 AL 05/02/2020  
 INSTITUCIÓN PREVISIONAL: modelo Porc.Prev: 10,77  
 INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%  
 FECHA DE INGRESO: 01/07/2017  
 NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: 10.975.400-5  
 Nro.DIAS 30

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019
I R E N E F R A C	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	874.645	480.272	857.675
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	874.645	480.272	857.675

II D E S C U E N	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	94.200	51.725	92.372
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	61.225	33.619	60.037
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	155.425	85.344	152.409

III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	2.223	0	0
-----	---------------------------------	-------	---	---

TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )		716.997	394.928	705.266
---	--	---------	---------	---------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )	605.730	LIQUIDO 20.191	PREVISIÓN 3.140	SALUD 2.041

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

06/07/2020



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035636898-3

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C O N T R E R E R A S				P A R R A G U I R R				F E L I P E E S T E B				1 6 9 6 3 0 8 4 - 4			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
0 6 0 1 2 0 2 0				0 6 0 1 2 0 2 0				3 0		M					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
0 7		S I E T E													
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

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

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº;DEPTO;COMUNA <u>CAMINO PADRE HURTADO 5702,</u>	
<u>VILLA SITIO 1 A SECTOR EL RULO, Buin</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-73675016</u>	

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M I L L A N				P E R U Z O V I C				R O D R I G O J A V I				1 2 0 1 4 1 2 5 - 2			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
								Traumatología y Ortopedia				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD							
<u>3548545/</u>				<u>Camino Malloco Esquina Santa Teresa S/N, Calera de Tango</u>				<u>Camino Padre Hurtado 5702,</u>				<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN								FIRMA PROFESIONAL			

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.

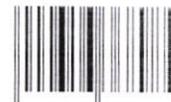




# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035636898-3

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

690725000 - 2 02-8218443 06012020

RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

CARLOS CONDELL 415, BUIN

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

BUIN

COMUNA 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

8

#### OCUPACION

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

13

#### 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  5  LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. HABITAT

##### 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.

1

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 = SI  
 2 = NO

28112016

28112016

FECHA PRIMERA AFILIACION 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 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

BANMEDICA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:  
LICENCIA Nro.:  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:  
INSTITUCIÓN SALUD:  
FECHA DE INGRESO:  
NACIONALIDAD:

CONTRERAS PARRAGUIRRE FELIPE ESTEBAN  
DEL 06/01/2020 AL 12/01/2020  
AFP HABITAT Porc.Prev: 11,27  
BANMEDICA Plan: UF:4.078  
22/08/2017  
SEXO: M

RUT: 16.963.084-4  
Nro.DIAS 7

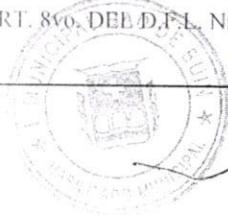
	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	2.242.147	1.645.682	2.222.776
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	2.242.147	1.645.682	2.222.776

H	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	302.930	185.468	296.699
D	4) DESAHUCIO	0	0	0
E	5) SALUD UF:4.078	142.097	146.756	156.872
S	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	445.027	332.224	453.571

III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	98.448	25.955	87.077
-----	---------------------------------	--------	--------	--------

	TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )	1.698.672	1.287.503	1.682.128
--	---	-----------	-----------	-----------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEB D.F.L. Nro. 44/73 )	1.556.101	LIQUIDO 51.870	PREVISIÓN 10.098	SALUD 4.737



FIRMA DEL EMPLEADOR

10 ENE. 2020

FECHA





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035795865-2

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

I . M U N I C I P A L I D A D D E B U I N																									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																									
6 9 0 7 2 5 0 0						- 2		0 2 - 8 2 1 8 4 4 3						1 0 0 1 2 0 2 0											
RUN						TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)													
C A R L O S C O N D E L L 4 1 5 , B U I N																									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																									
B U I N																									
COMUNA						CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																			

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

<p>0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.          1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.          2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.          3 = CONSTRUCCION.          4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.          5 = COMERCIO.          6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.          7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.          8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.          9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 8
--	---------------------------------------

#### OCUPACION

<p>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).</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 14
---	--

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

<h4>REGIMEN PREVISIONAL</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP.  <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. CUPRUM</p>	<h4>CALIDAD DEL TRABAJADOR</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.  <input type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.  <input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.</p> <p>0 6 1 2 2 0 1 6</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<h4>SEGURO DE DESEMPLEO</h4> <p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI  <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI  <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>0 6 1 2 2 0 1 6</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
--	---	--

#### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h4>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> D A = SERVICIO DE SALUD  <input type="checkbox"/> B = ISAPRE  <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E.  <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR</p>	<h4>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h4> <p><input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD  <input type="checkbox"/> F = MUTUAL  <input type="checkbox"/> G = INP  <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR</p>
--	--

C O N S A L U D

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: LÓPEZ PÉREZ BASTIÁN MATÍAS  
LICENCIA Nro.: 3-0357958652 DEL 15/01/2020 AL 13/02/2020  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP CUPRUM Porc.Prev: 11,44  
INSTITUCIÓN SALUD: CONSALUD Plan: UF:2.225  
FECHA DE INGRESO: 06/12/2016  
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: 16.151.264-8  
Nro.DIAS 30

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019	
I R E M U N E R A C I O N	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31	
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	2.242.147	1.323.512	2.217.056	
	2) - RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0	
	- RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0	
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	2.242.147	1.323.512	2.217.056	
II D E S C U E N O	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	258.640	151.410	253.632	
	4) DESAHUCIO	0	0	0	
	5) SALUD UF:2.225	158.258	92.646	155.193	
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	416.898	244.056	408.825	
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	58.149	17.941	55.030	
TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )		1.767.100	1.061.515	1.753.201	
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )		1.527.272	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
			LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
			50.909	8.621	5.275



FIRMA DEL EMPLEADOR

14 ENE. 2020

FECHA

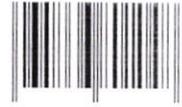




# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035736801-4

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

69072500 - 2 02-8218443 08012020

RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)

CARLOS CONDELL 415, BUIN

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

BUIN

COMUNA 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

8

#### OCUPACION

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

17

#### 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  3  LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
 INT. PREV. CAPITAL

##### 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.

1

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 = SI  
 2 = NO

19031997

19031997

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAA)

##### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

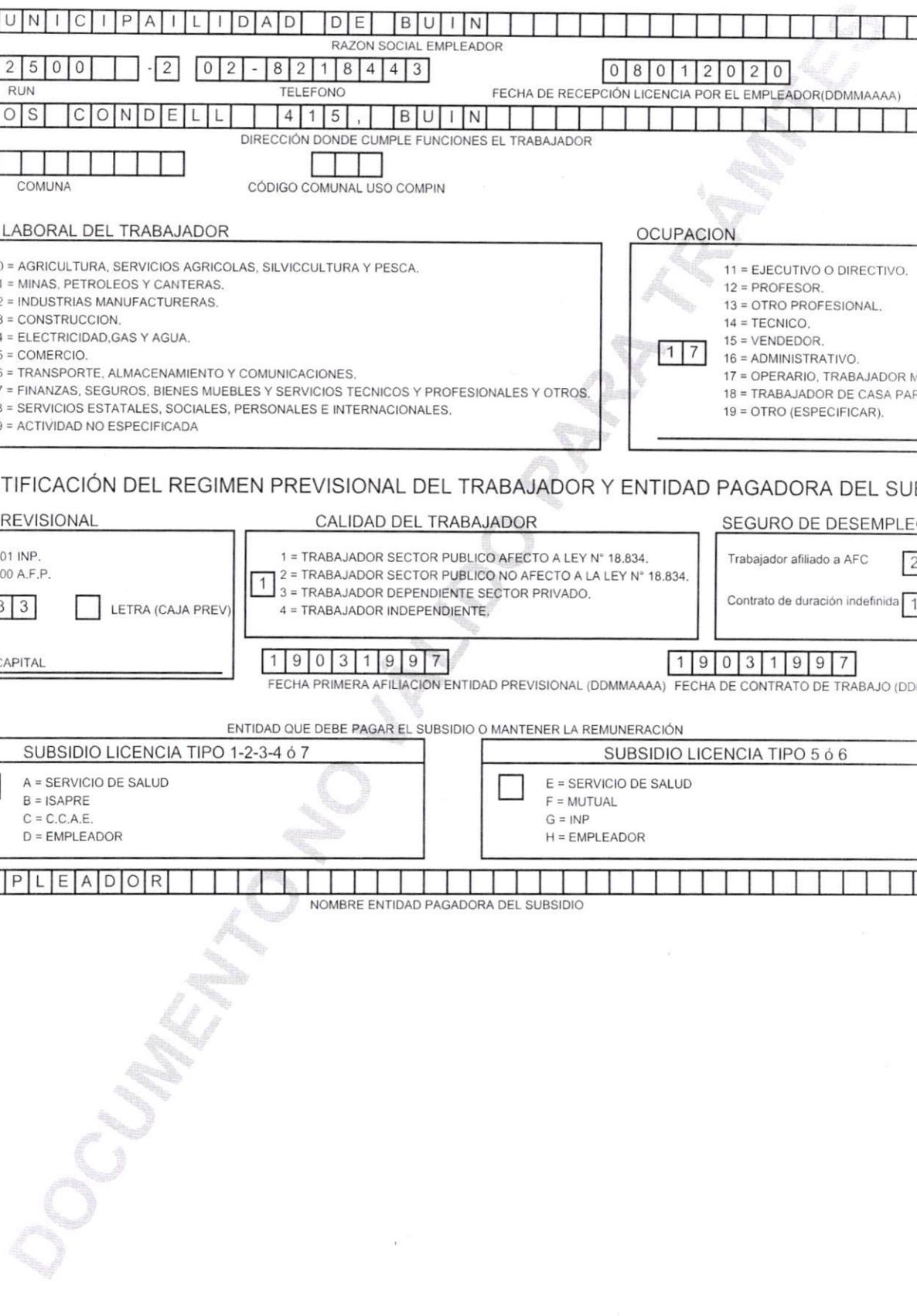
D A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = C.C.A.E.  
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal  
0072500-2

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: LLANTÉN ARAYA PAULINO FIDEL  
 IDENTIFICACION Nro.: 3-0355768014 DEL 09/01/2020 AL 15/01/2020  
 INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP CAPITAL Porc.Prev: 11,44  
 INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%  
 FECHA DE INGRESO: 01/04/1997  
 NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: 8.090.846-6  
 Nro.DIAS 7

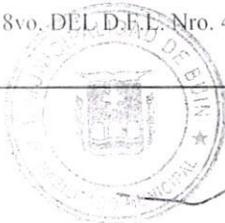
	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R E M U N E R A C I O N	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.258.898	722.189	1.233.899
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	1.258.898	722.189	1.233.899

D E S C U E N T O S	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	144.020	82.618	141.160
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	88.123	50.553	86.373
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	232.143	133.171	227.533

III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	19.645	0	11.665
-----	---------------------------------	--------	---	--------

TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )		1.007.110	589.018	994.701
---	--	-----------	---------	---------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA:	863.610	LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )		28.787	4.801	2.937



FIRMA DEL EMPLEADOR

10 ENE. 2020

FECHA





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035715138-4

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

69072500 - 2 02-8218443 08012020

RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)

CARLOS CONDELL 415, BUIN

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

BUIN

COMUNA 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

8

#### OCUPACION

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

1  3

#### 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  3  3  LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. CAPITAL

##### 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.

1

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  2 1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 1 = SI  
 2 = NO

16031998

16031998

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAA)

##### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

D 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

COLMENA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MUNICIPALIDAD DE BUIN

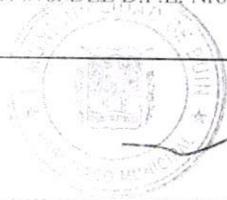
Regional  
720072500-2

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: MORALES CARRASCO ROSA XIMENA  
EFECTIVA Nro.: 3-0357151384 DEL 08/01/2020 AL 10/01/2020  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP CAPITAL Porc.Prev: 11,44  
INSTITUCIÓN SALUD: COLMENA GOLDEN CROSS Plan: UF:6.340  
FECHA DE INGRESO: 01/01/2016  
NACIONALIDAD: SEXO: F

RUT: 11.363.473-1  
Nro.DIAS 3

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019	
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31	
R E M I S I O N E S	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	2.242.147	2.235.209	2.222.776	
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0	
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0	
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	2.242.147	2.235.209	2.222.776	
D E D U C I O N E S	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	256.502	255.708	254.286	
	4) DESAHUCIO	0	0	0	
	5) SALUD UF:6.340	172.408	171.874	170.918	
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	428.910	427.582	425.204	
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	244.655	77.559	228.222	
TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )		1.568.582	1.730.068	1.569.350	
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )		1.622.667	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
			LIQUIDO 54.089	PREVISIÓN 8.550	SALUD 5.747



FIRMA DEL EMPLEADOR

10 ENE. 2020

FECHA





# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 035577042-7

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

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

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

### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

### OCUPACION

### 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. Provida

#### 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

01023016

01027016

FECHA PRIMERA AFILIACION 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

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

Compina  
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 035577042-7

## 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.

(INFORMACIÓN 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

% DESAHUCIO

--	--	--	--

Remuneración imponible provisional 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
30	05	12	2019	03	01	2020
30	05	11	2019	04	12	2019
30	04	10	2019	02	11	2019
30	04	09	2019	03	10	2019
30	05	08	2019	03	09	2019
30	06	07	2019	04	08	2019

Recepción RRHH  
RECIBIDO  
07 ENE 2020

.....  
[Firma]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 035577042-7

Sucursal : Centro Médico San José de Buin Cía. Ltda - Centro Médico San José de Buin Cía. Ltda

Fecha Otorgamiento : 04-01-2020 11:54 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : JULIA MERCEDES ROSALES VEGA

**ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR**

## 1. Datos Profesional

Profesional : Sabat Sabag, Jorge Antonio  
Rut : 14489549-5  
Especialidad : CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA  
Dirección : Arturo Prat 341, Buin - Tel: 9-97303534

## 2. Datos Trabajador

Nombre : ROSALES VEGA, JULIA MERCEDES  
Rut : 9282520-5  
Edad : 58  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-01-2020 Lugar : Domicilio  
N° Días : 30 Dirección : los robles unidos 01581, Buin  
Fecha término : 02-02-2020 Teléfono : 09-47433446  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional  
Fecha Última Modificación : 04-01-2020 11:54 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 9282520-5  
Fecha de Recepción :  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.



Firma o timbre del empleador y fecha de recepción

Si su empleador no está adscrito informe que lo haga a través de [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de empleador y tramite las próximas licencias totalmente electrónicas y de manera gratuita.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **35577042-7**

y código de verificación: **dd6663**

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.

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 profesional deberá cesar la carea de inhabilitación general temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

MUNICIPALIDAD DE BUIN

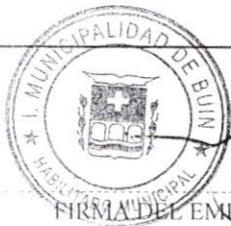
Personal  
69072500-2\*

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ROSALES VEGA JULIA  
 FUNCIONARIA Nro.: 3-0355770427 DEL 04/01/2020 AL 02/02/2020  
 INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PROVIDA Porc.Prev:  
 INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan:  
 FECHA DE INGRESO: 01/02/2016  
 NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: 9.282.520-5  
 Nro.DIAS 30

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	0	0	0
E N I F E R A C	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	0	0	0
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	0	0	0
D E S C U E N S	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	0	0	0
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD	0	0	0
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	0	0	0
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )		0	0	0
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )		0	VALOR SUBSIDIO DIARIO LIQUIDO      PREVISIÓN      SALUD 0                      0                      0	



FIRMA DEL EMPLEADOR

08 ENE. 2020

FECHA



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 035726058-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: TORRES, PAVEZ, SILVIA LOREN, RUN 16858459-8, dates, age 31, sex F, 03 days, TRES days in words, electronic signature.

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)

Form fields for child identification: empty boxes for name and birth date.

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type: 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN, recuperability 1, start 2, date of accident, trajectory 2, date of conception.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, location 1, justification, address EL TRANSITO CASA 43 PARCELA 51, Paine, phone 09-61599971.

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form for professional identification: DURAN, ARRANO, ALAN FELIPE, RUN 15332804-8, REG. COLEGIO 09-66698103, correo Presidente Jorge Alessandri 20040, San Bernardo, Medicina General, electronic signature.

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





MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal  
69072500-2

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: TORRES PAVEZ SILVIA LORENA  
ELECTIVO Nro.: 3-0357260582 DEL 08/01/2020 AL 10/01/2020  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: modelo Porc.Prev: 10,77  
INSTITUCIÓN SALUD: NUEVA MAS VIDA Plan: UF:2.225  
FECHA DE INGRESO: 01/11/2011  
NACIONALIDAD: SEXO: F

RUT: 16.858.459-8  
Nro.DIAS 3

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R E M U N E R A C I O N	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.026.592	561.618	1.001.607
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	1.026.592	561.618	1.001.607

II	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	110.565	60.486	107.874
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD UF:2.225	62.990	62.795	62.445
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	173.555	123.281	170.319

III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	5.303	0	0
-----	---------------------------------	-------	---	---

	TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )	847.734	438.337	831.288
--	---	---------	---------	---------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )	705.786	LIQUIDO 23.526	PREVISIÓN 3.686	SALUD 2.100



FIRMA DEL EMPLEADOR

10 ENE. 2020

FECHA



# Licencia Médica

N° 1 - 38609495

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. N°3/1984.

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

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**VENEBAS** **CONTRETRAS** **CARLOS**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**020120** **020120**  
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO  
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO  
**30** **TREINTA DIAS**  
 N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

**11056771** - **S**  
 RUN M ó F  
**030566** **53** **M**  
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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

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** 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ **2** 1= SI 2= NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
 DIA MES AÑO  
 HORA MINUTOS TRAYECTO 1= SI 2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION  
 MES AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

LUGAR DE REPOSO **1** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE REPOSO  
**LOS NOGALES**  
 CALLE  
**141** DPTO  
**EL CAMPANARIO**  
 VILLA O POBLACION  
**BUIÑ**  
 COMUNA  
**09 50181810**  
 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)

**FUENTES ANTEZANA ARIEL**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**23578270** - **7** **35161** - **R**  
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

**ARIEL FUENTES ANTEZANA**  
**MÉDICO GERIATRO**  
**R.U.T.: 23.578.270-7**  
**RCM: 35161-R**  
 CORREO ELECTRONICO

**1** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**ARTURO PRAT**  
 CALLE  
**BUIÑ**  
 COMUNA

**250**  
 N°  
**09 92377117**  
 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

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

TRABAJADOR	FECHA	DURACION

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

Ilustre Municipalidad de Buin

RUT: 69072500-2 TELEFONO: 22 8218505

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Carlos Conde 11 415

COMUNA: Buin CIUDAD: Santiago CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACION
0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA 1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS 2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS 3= CONSTRUCCION <input checked="" type="checkbox"/> 4= ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA 5= COMERCIO 6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES 7= FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS 8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES 9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA 10= CONTRATO PLAZO FIJO	11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO <input checked="" type="checkbox"/> 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	CALIDAD DEL TRABAJADOR	FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	SEGURO DE DESEMPEÑO
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 IPS <input checked="" type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO LETRA (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV. <u>Provida</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834 <input checked="" type="checkbox"/> 2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834 <input type="checkbox"/> 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO <input type="checkbox"/> 4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE	DIA MES AÑO	- Trabajador Afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1= SI 2= NO - Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1= SI 2= NO

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

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/01/97 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: SERVICIO DE SALUD SUR

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
	12	2019	31		\$ 1.424.764.-		
	11	2019	30		\$ 820.821.-		
	10	2019	31		\$ 1.396.407.-		

% DESAHUCIO

REMUNERACION IMPONIBLE MES ANTERIOR INICIO LICENCIA MEDICA (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

MUNICIPALIDAD DE BUIN

Recursos Humanos

69072500-2

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL

FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: VENEGAS CONTRERAS CARLOS PATRICIO

RUT: 11.056.771-5

EFICIENCIA Nro.: 1-38609495

DEL 02/01/2020 AL 31/01/2020

Nro.DIAS 30

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

AFP PROVIDA Porc.Prev: 11,45

INSTITUCIÓN SALUD:

FONASA Plan: 7%

FECHA DE INGRESO:

01/05/1998

NACIONALIDAD:

SEXO: M

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019	MES/AÑO 10/2019
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R E M U N E R A C I O N	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.424.764	820.821	1.396.407
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	1.424.764	820.821	1.396.407
	II	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	163.135	93.984
D E S C U E N O	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	99.735	57.457	97.750
	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	262.870	151.441	257.638
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	40.877	11.343	34.365
	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	1.121.017	658.037	1.104.404

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DE D.F.L. Nro. 44/73)	961.153	LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
		32.038	5.438	3.325



FIRMA DEL EMPLEADOR

06/01/2020  
FECHA