



Ilustre Municipalidad  
de Buin

ID: 628171

07 FEB. 2020

Departamento de Recursos Humanos

BUIN,

**DECRETO ALC N° 424** / 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 5º Art. 110º 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. Nómbrese 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.

**D E C R E T O**

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

Nombre	Fecha Inicio	Fecha termino	Nº de días
Felipe S. Meza Calderón	17/01/2020	17/01/2020	01 días
Pablo C. Gutierrez Muñoz	13/01/2020	15/01/2020	03 días
Pablo C. Gutierrez Muñoz	16/01/2020	17/01/2020	02 días
Paulina A. Alcántara Lobos	15/01/2020	21/01/2020	07 días

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

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

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Recursos Humanos

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.  
  
**VIVIANA VARGAS SANDOVAL**  
**ADMINISTRADORA MUNICIPAL (S)**  
Por orden de Sr. Alcalde



**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante ISAPRE  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



Nº 3 036008616-K

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

M E Z A	C E R O N	F E L I P E	S E B A S	1 8 3 6 0 5 2 4	- 0
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
1 6 0 1 2 0 2 0	1 7 0 1 2 0 2 0	2 7	M	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
0 1	U N O			Documento firmado electrónicamente	
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS			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	<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI	LABORAL	<input type="checkbox"/> 2 = NO	INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO			
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MES	AÑO			

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA CAMPUSANO #3840 SITIO 19, Buin	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-50747435	

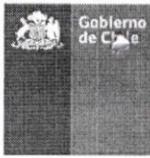
**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

G O S S U I N	<input type="checkbox"/>	G O M E Z	<input type="checkbox"/>	I V A N	L E A N D R O	2 4 7 2 1 9 9 8	- 6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL		<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
02-7308000/ TELÉFONO/FAX		RECOLETA 464, Recoleta		ESPECIALIDAD		Documento firmado electrónicamente	
		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 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 ISAPRE  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 036008616-K

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR****C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

I.	MUNICIPALIDAD DE BUIN	RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
6 9 0 7 2 5 0 0	- 2	0 2 - 8 2 1 8 4 4 3	1 6 0 1 2 0 2 0
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

**OCCUPACION**

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

**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. CUPRUM

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.  
 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO 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

0 1 0 9 2 0 1 2      0 1 0 9 2 0 1 2  
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  
A = SERVICIO DE SALUD  
B = ISAPRE  
C = C.C.A.E.  
D = EMPLEADOR

CRUZ BLANCA

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6**

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

LICENCIA Nro.: 3-036008616

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

INSTITUCIÓN SALUD:

FECHA DE INGRESO:

NACIONALIDAD:

MEZA CERÓN FELIPE SEBASTIÁN

DEL 17/01/2020 AL 17/01/2020

RUT: 18.360.524-0

Nro.DIAS 1

AFP HABITAT Porc.Prev: 11,27

CRUZ BLANCA ISAPRE Plan: UF:2.370

01/09/2012

SEXO: M

	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	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	924.314	510.656	906.323
	- 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 )	924.314	510.656	906.323
	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	104.170	57.551	102.143
II D E S C U E N	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD UF:2.370	67.095	66.887	66.515
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	171.265	124.438	168.658
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	2.182	0	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )		750.867	386.218	737.665

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )	624.917	LIQUIDO 20.831	PREVISIÓN 3.472



20 ENE. 2020

FECHA



**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante ISAPRE  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



Nº 3 035860554-0

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

GUTIERREZ	MUÑOZ	PABLO CRISTO	17391999	- 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
1 3 0 1 2 0 2 0	1 3 0 1 2 0 2 0	3 1	M	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 3	TRES	Nº DE DIAS EN PALABRAS		
Nº DE DIAS				

*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				
<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI			
<input type="checkbox"/> 2 = NO	<input type="checkbox"/> 2 = NO			
INICIO TRAMITE				
<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI			
FECHA DEL ACCIDENTE	TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS		TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		MES	AÑO	

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
	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	1 = SU DOMICILIO
	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
PREMIO NOBEL 3325,	
Macul	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-44561303	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

LARCO	G AJARDO	ALVARO FELIP	10160334	- 2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
Número colegio médico		MEDICINA GENERAL		
REG. COLEGIO PROFESIONAL		ESPECIALIDAD		
09-92367144 /		Ejercito Libertador 557 oficina 107, Santiago	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL	

- 1 = MÉDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

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**



Nº 3 035860554-0

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR****C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

I.	MUNICIPALIDAD	DE BUIN	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
6 9 0 7 2 5 0 0	-2	0 2 - 8 2 1 8 4 4 3	1 3 0 1 2 0 2 0
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)	
CARLOS CONDELL	4 1 5 ,	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

**OCCUPACION**

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

**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  2 9  LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
INT. PREV. PLANVITAL

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

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

0 6 0 9 2 0 1 8

**SEGURO DE DESEMPLERO**

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

0 6 0 9 2 0 1 8

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

**ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN****SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7**

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

V I D A T R E S

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6**

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

LICENCIA Nro.: 3-0358605540

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

INSTITUCIÓN SALUD:

FECHA DE INGRESO:

NACIONALIDAD:

GUTIERREZ MUÑOZ PABLO CRISTOBAL  
DEL 13/01/2020 AL 15/01/2020

RUT: 17.391.999-9  
Nro.DIAS 3

AFP PLANVITAL Porc.Prev: 11,16  
VIDA TRES Plan: UF:3.040

06/09/2018

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	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	2.242.147	2.235.209	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	2.235.209	2.222.776
N	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	250.224	249.449	248.062
E	4) DESAHUCIO	0	0	0
S	5) SALUD UF:3.040	156.950	156.465	155.594
C	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	407.174	405.914	403.656
U	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	239.040	84.729	235.650
E	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	1.595.933	1.744.566	1.583.470
N	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 14/2013 )	1.641.323	VALOR SUBSIDIO DIARIO	
		LIQUIDO 54.711	PREVISIÓN 8.341	SALUD 5.232



FIRMA DEL EMPLEADOR

14 ENE. 2020

FECHA



**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante ISAPRE  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

Nº 3 035935761-3

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

GUTIERREZ	MUÑOZ	PABLO CRISTO	17391999 - 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
15012020	16012020	31	SEXO
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	
02	DOS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

*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			
<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO		
INICIO TRAMITE			
<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DEL ACCIDENTE			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO		<input type="checkbox"/> 1 = SI
			<input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		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"/>
<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; N°; DEPTO; COMUNA	
PREMIO NOBEL 3325, VILLA	
BARRIO MADRESELVAS, Macul	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-44561303	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

JADAN	HERNANDEZ	EMMANUEL	14673051 - 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE COLEGIO MÉDICO		MEDICINA GENERAL	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		ESPECIALIDAD	
02-26591713/		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO	
TELÉFONO/FAX		<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA	
CORREO ELECTRÓNICO		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA	
Vicuña Mackenna 7110, La Florida		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
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**



Nº 3 035935761-3

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR****C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

MUNICIPALIDAD DE BUIN												
RAZON SOCIAL EMPLEADOR												
69072500			-2	02 - 8218443			15012020					
RUN			TELEFONO			FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)						
CARLOS CONDELL 415, BUIN												
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR												
BUIN			CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN									
COMUNA												

**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

**OCCUPACION**

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP.	2= D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO <b>29</b> <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	
NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL	

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

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

**SEGURO DE DESEMPLO**

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

0 6 0 9 2 0 1 8      0 6 0 9 2 0 1 8  
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMMAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMMAAA)**ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN**

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6											
<input type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR										

V I D A T R E S      NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

## MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal

69072500-2

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

LICENCIA Nro.: 3-0359357613

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

INSTITUCIÓN SALUD:

FECHA DE INGRESO:

NACIONALIDAD:

GUTIERREZ MUÑOZ PABLO CRISTOBAL

DEL 16/01/2020 AL 17/01/2020

RUT: 17.391.999-9

Nro.DIAS 2

AFP PLANVITAL Porc.Prev: 11,16

VIDA TRES Plan: UF:3.040

06/09/2018

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	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	2.242.147	2.235.209	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	2.235.209	2.222.776	
N	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	250.224	249.449	248.062	
E	4) DESAHUCIO	0	0	0	
S	5) SALUD UF:3.040	156.950	156.465	155.594	
C	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	407.174	405.914	403.656	
U	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	239.040	84.729	235.650	
E	TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )	1.595.933	1.744.566	1.583.470	
N	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )	1.641.323	VALOR SUBSIDIO DIARIO LIQUIDO 54.711	PREVISIÓN 8.341	SALUD 5.232



FIRMA DEL EMPLEADOR

20 ENE. 2020

FECHA



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



Nº 3 035968293-K

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

ALCANTARA	LOBOS	PAULINA ANDR	14009369 - 6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
15012020		15012020	NOMBRES
FECHA OTORGAMIENTO		EDAD	RUN
07	SIETE	38	F
Nº DE DIAS		Nº 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 18.667)

SANTILLAN	ALCANTARA	SOFIA	26743491 - 3
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES			
06032019			
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			
<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI	
<input type="checkbox"/> 2 = NO	INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI	
		<input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			
MES	AÑO		

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
	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 type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO
	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; Nº; DEPTO; COMUNA	
orlando Valdivia 40,	
Buin	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-95859246	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

ZUÑIGA	HORTUVIA	MOISES	10402238 - 3
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
19760-2	REG. COLEGIO PROFESIONAL	MEDICINA INTERNA	<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
2-4130313/	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX	Arturo Prat 607 , Buin	DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
Documento firmado electrónicamente			
FIRMA PROFESIONAL			

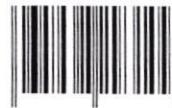
TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

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 FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



Nº 3 035968293-K

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR****C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

I . MUNICIPALIDAD DE BUIÑ											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR											
6 9 0 7 2 5 0 0		- 2	0 2 - 8 2 1 8 4 4 3	1 5 0 1 2 0 2 0	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)						
RUN			TELEFONO								
CARLOS CONDELL 415, BUIÑ											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
BUIÑ											
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

**OCCUPACION**

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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.

**SEGURO DE DESEMPLEO**

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

1 8 1 1 2 0 1 1

1 8 1 1 2 0 1 1

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

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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6											
<input type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD	F = MUTUAL	G = INP	H = EMPLEADOR	I = SERVICIO DE SALUD	J = MUTUAL	K = INP	L = EMPLEADOR	M = SERVICIO DE SALUD	N = MUTUAL	O = INP

EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal

69072500-2

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

ALCÁNTARA LOBOS PAULINA ANDREA

RUT: 14.009.369-6

LICENCIA Nro.: 3-35968293

DEL 15/01/2020 AL 21/01/2020

Nro.DIAS 7

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

AFP HABITAT Porc.Prev: 11,27

INSTITUCIÓN SALUD:

FONASA Plan: 7%

FECHA DE INGRESO:

19/11/2011

NACIONALIDAD:

SEXO: F

	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)	1.085.709	601.772	1.059.026
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)	1.085.709	601.772	1.059.026
N				
E				
R				
A				
C				

II	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	122.358	67.820	119.351
D	4) DESAHUCIO	0	0	0
E	5) SALUD 7%	75.999	42.124	74.131
S	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	198.357	109.944	193.482
C				
U				
E				
N				

III	IMPIUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	7.484	0	0
-----	----------------------------------	-------	---	---

TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III).	879.868	491.828	865.544
--	---------	---------	---------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO	VALOR SUBSIDIO DIARIO
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )	745.747 LIQUIDO 24.858 PREVISIÓN 4.079 SALUD 2.533



  
FIRMA DEL EMPLEADOR

20 ENE. 2020

FECHA