



Ilustre Municipalidad
de Buin

ID: 628172

07 FEB. 2020

Departamento de Recursos Humanos

BUIN,

DECRETO ALC N° 425 / 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
Claudio A. Ronda Plaza	23/01/2020	07/02/2020	16 días
Natalia I. Sanguietti Caceres	20/01/2020	22/01/2020	03 días
Rodrigo A. Romero González	21/01/2020	22/01/2020	02 días
Mauricio E. Rojas Candia	22/01/2020	23/01/2020	02 días
Dilan M. González Navarro	21/01/2020	22/01/2020	02 días
Carlos P. Venegas Contreras	03/02/2020	23/02/2020	21 días
Mauricio E. Rojas Candia	31/01/2020	31/01/2020	01 días

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



VIVIANA VARGAS SANDOVAL
ADMINISTRADORA MUNICIPAL (S)
Por orden de Sr. Alcalde

VICTOR ZUÑIGA SILVA
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

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

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Recursos Humanos

**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.: 2-56584425

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

INSTITUCIÓN SALUD:

FECHA DE INGRESO:

NACIONALIDAD:

RONDA PLAZA CLAUDIO ALEJANDRO

DEL 23/01/2020 AL 07/02/2020

RUT: 14.443.246-0

Nro.DIAS 16

AFP PROVIDA Porc.Prev: 11,45

BANMEDICA Plan: UF:3.638

07/12/2016

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	1.937.659	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	1.937.659	2.222.776
N	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	332.931	221.862	304.301
R	4) DESAHUCIO	0	0	0
A	5) SALUD UF:3.638	203.539	135.636	186.036
C	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	536.470	357.498	490.337
D	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	145.261	40.754	107.059
E	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	1.560.416	1.539.407	1.625.380
S	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)	1.575.068	VALOR SUBSIDIO DIARIO LIQUIDO 52.502	PREVISIÓN 11.098 SALUD 6.785
C	FIRMA DEL EMPLEADOR		FECHA	



FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a DICIEMBRE 2019

Nombre	RONDA PLAZA CLAUDIO ALEJANDRO	Cargas	0
Rut	14.443.246-0	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	8,01	Bienios	0
Días Trabajados	31	AFP.	AFP PROVIDA
Escalafón	DIRECTIVOS	Isapre	BANMEDICA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	UF 3.638

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	477.052	001 IMPTO. UNICO	145.261
004 INCREMENTO	102.566	002 IMPOSICIONES	11.45 332.931
005 ASIGNACION MUNICIPAL	794.300	004 SALUD	UF 203.539
007 ASIG. PROF.	365.974	021 Asoc. de Func. Muni	3.638 2.320
009 BON ART04 LEY 18717	20.653	024 HDI VALORES ANTIC	2.719
017 BONIF. ART.10 LEY 1	140.759	032 Cuota Bienes antic	9.541
022 BON ART.03 LEY 1856	58.032		
025 BONIF. LEY 19.529	32.579		
048 INCENTIVO INSTITUCI	289.992		
049 INCENTIVO-COLECTIVO	305.255		
050 BONIF.-COMP-L19803	178.972		
074 Aguinaldo Navidad	30.613		
076 Bono Especial	94.062		
089 Componente Base Ley	572.355		

Total Haberes	3.463.164	Total Descuentos	696.311
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
3.432.551	2.242.147	2.242.147	2.766.853

Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.SUPLENCIA:44 h

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS


MUNICIPALIDAD DE BUIÑ
HABILITADO MUNICIPAL
HABILITADO MUNICIPAL

HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a NOVIEMBRE 2019

Nombre	RONDA PLAZA CLAUDIO ALEJANDRO	Cargas	0
Rut	14.443.246-0	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	8,01	Bienios	0
Días Trabajados	30	AFP.	AFP PROVIDA
Escalafón	DIRECTIVOS	Isapre	BANMEDICA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	UF 3.638

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	464.058	001 IMPTO. UNICO	40.754
004 INCREMENTO	99.772	002 IMPOSICIONES	11.45 221.862
005 ASIGNACION MUNICIPAL	772.665	004 SALUD	UF 135.636
007 ASIG. PROF.	356.006	021 Asoc. de Func. Muni	3.638 2.320
009 BON ART04 LEY 18717	20.090	024 HDI VALORES ANTIC	2.645
017 BONIF. ART.10 LEY 1	136.925	032 Cuota Bienes antic	9.281
022 BON ART.03 LEY 1856	56.451		
025 BONIF. LEY 19.529	31.692		

Total Haberes	1.937.659	Total Descuentos	412.498
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Sahid	Liquido a Pagar
1.937.659	1.937.659	1.937.659	1.525.161

Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.SUPLENCIA:44 h

SON: UN MILLON QUINIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS

MUNICIPALIDAD DE BUIN
HABERES

HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a OCTUBRE 2019

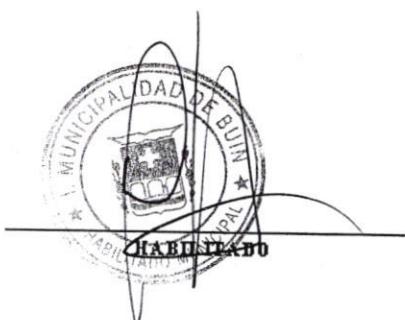
Nombre	RONDA PLAZA CLAUDIO ALEJANDRO	Cargas	0
Rut	14.443.246-0	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	8,01	Bienios	0
Días Trabajados	29	AFP.	AFP PROVIDA
Escalafón	DIRECTIVOS	Isapre	BANMEDICA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	UF 3.638

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	433.121	001 IMPTO. UNICO	107.059
004 INCREMENTO	93.121	002 IMPOSICIONES	304.301
005 ASIGNACION MUNICIPAL	721.154	004 SALUD	186.036
007 ASIG. PROF.	332.272	021 Asoc. de Func. Muni	2.166
009 BON ART04 LEY 18717	18.751	024 HDI VALORES ANTIC	2.469
017 BONIF. ART.10 LEY 1	127.797	032 Cuota Bienes antic	8.662
022 BON ART.03 LEY 1856	52.688		
025 BONIF. LEY 19.529	29.579		
048 INCENTIVO INSTITUCIONAL	267.664		
049 INCENTIVO-COLECTIVO	281.752		
050 BONIF.-COMP-L19803	156.672		
089 Componente Base Ley	528.288		

Total Haberes	3.042.859	Total Descuentos	610.693
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Sahid	Liquido a Pagar
3.042.859	2.222.776	2.222.776	2.432.166

Horas/Días
DIAS PERMISO:2.00d
Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.SUPLENCIA:44 h, Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.SUPLENCIA:44 h

SON:DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS



RECIBIDO CONFORME



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 036151023-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

S A N G U I N E T T	C A C E R E S	N A T A L I A	I G N A	1 5 6 4 4 4 4 1	- 3		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN	
2 1 0 1 2 0 2 0	2 0 0 1 2 0 2 0	3 5	F	FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 3	T R E S	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	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI
	<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	DIA	MES	AÑO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI
HORA MINUTOS			<input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MES
			AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input 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 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	
LUIS EUGENIO RIQUELME PINTO	
355, Buin	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-47141165	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

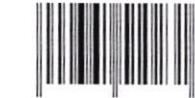
M A L L E A	V E R G A R A	A N A	P A U L I N A	1 6 5 6 8 6 4 6	- 2	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN
33203-8				MEDICINA GENERAL		<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD		<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
9-50974318/		Anibal Pinto 436, Buin		DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX						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 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



Nº 3 036151023-2

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1 . MUNICIPIO A ILI DAD DE 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	2 1 0 1 2 0 2 0
RUN	TELEFONO
CARLOS CONDELL	4 1 5 . B U I N
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	
B U I N	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. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	CÓDIGO <input type="text" value="29"/> <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL	

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

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	
<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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 036151023-2

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)

9% DESAHUCIO

Remuneración imponible
previsional mes anterior inicio
licencia médica (tope 109.8
UF) para trabajador afiliado a
AFC

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

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)

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

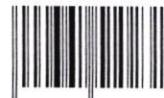
1 = SI
2 = NO

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
2	29	10	2019	30	10	2019

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 036151023-2

Sucursal : Nueva Santa Catalina S.A - Santa Catalina Buin

Fecha Otorgamiento : 21-01-2020 16:25 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

1. Datos Profesional

Profesional : Mallea Vergara, Ana Paulina
Rut : 16568646-2
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Anibal Pinto 436, Buin - Tel: 9-50974318

2. Datos Trabajador

Nombre : SANGUINETTI CACERES, NATALIA IGNACIA
Rut : 15644441-3
Edad : 35
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-01-2020 Lugar : Domicilio
Nº Días : 3 Dirección : LUIS EUGENIO RIQUELME PINTO 355, Buin
Fecha término : 22-01-2020 Teléfono : 09-47141165
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 23-01-2020 09:07 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69072500-2
Fecha de Recepción : 21-01-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-01-2020 09:07 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 36151023-2

y código de verificación: 2c916c

El que incurra en las falsoedades 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.

MUNICIPALIDAD DE BUIÑ
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: SANGUINETTI CACERES NATALIA IGNACIA RUT: 15.644.441-3
LICENCIA Nro.: 3-0361510232 DEL 20/01/2020 AL 22/01/2020 Nro.DIAS 3
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PLANVITAL Porc.Prev: 11,16
INSTITUCIÓN SALUD: COLMENA GOLDEN CROSS Plan: UF:8.070
FECHA DE INGRESO: 03/04/2017
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)	2.242.147	1.937.659	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	1.937.659	2.222.776
N				
E				
R				
A				
C				

II	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	315.249	216.243	309.922
D	4) DESAHUCIO	0	0	0
E	5) SALUD UF:8.070	228.461	227.754	226.487
S	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	543.710	443.997	536.409
C				
U				
E				
N				

III	IMUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	146.190	39.538	134.236
-----	--------------------------------	---------	--------	---------

TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	1.552.247	1.454.124	1.552.131
---	-----------	-----------	-----------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)	1.519.501	LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
		50.650	10.508	7.615


FIRMA DEL EMPLEADOR

22/01/2020.
FECHA

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a OCTUBRE 2019

Nombre	SANGUINETTI CACERES NATALIA IGNACIA	Cargas	0	
Rut	15.644.441-3	Ubicación: Dirección De Obras	Bienios	0
Grado	8,01	AFP.	AFP PLANVITAL	
Días Trabajados	31	Isapre	COLMENA GOLDEN C	
Escalafón	PROFESIONALES	Modalidad		
Jornada	44	Pactado	UF 8.070	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	464.058	001 IMPTO. UNICO	134.236
004 INCREMENTO	99.772	002 IMPOSICIONES	11.16 309.922
005 ASIGNACION MUNICIPAL	772.665	004 SALUD	UF 226.487
007 ASIG. PROF.	356.006	021 Asoc. de Func. Muni	8.070 2.320
009 BON ART04 LEY 18717	20.090		
017 BONIF. ART.10 LEY 1	136.925		
022 BON ART.03 LEY 1856	56.451		
025 BONIF. LEY 19.529	31.692		
048 INCENTIVO INSTITUCIONAL	293.778		
049 INCENTIVO-COLECTIVO	309.240		
050 BONIF.-COMP-L19803	93.679		
089 Componente Base Ley	579.828		

Total Haberes	3.214.184	Total Descuentos	672.965
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
3.214.184	2.222.776	2.222.776	2.541.219

Detalle Jornada : Dirección De Obras - EE.CONTRATA:44 h, Dirección De Obras - EE.CONTRATA:44 h

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a NOVIEMBRE 2019

Nombre	SANGUINETTI CACERES NATALIA IGNACIA	Cargas	0	
Rut	15.644.441-3	Ubicación: Dirección De Obras	Bienios	0
Grado	8,01	AFP.	AFP PLANVITAL	
Días Trabajados	30	Isapre	COLMENA GOLDEN C	
Escalafón	PROFESIONALES	Modalidad		
Jornada	44	Pactado	UF 8.070	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	464.058	001 IMPTO. UNICO	39.538
004 INCREMENTO	99.772	002 IMPOSICIONES	11.16 216.243
005 ASIGNACION MUNICIPAL	772.665	004 SALUD	UF 227.754
007 ASIG. PROF.	356.006	021 Asoc. de Func. Muni	8.070 2.320
009 BON ART04 LEY 18717	20.090		
017 BONIF. ART.10 LEY 1	136.925		
022 BON ART.03 LEY 1856	56.451		
025 BONIF. LEY 19.529	31.692		

Total Haberes	1.937.659	Total Descuentos	485.855
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
1.937.659	1.937.659	1.937.659	1.451.804

Detalle Jornada : Dirección De Obras - EE.CONTRATA:44 h

SON:UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS


HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a DICIEMBRE 2019

Nombre	SANGUINETTI CACERES NATALIA IGNACIA	Cargas	0	
Rut	15.644.441-3	Ubicación: Dirección De Obras	Bienios	0
Grado	8,01	AFP.	AFP PLANVITAL	
Días Trabajados	31	Isapre	COLMENA GOLDEN C	
Escalafón	PROFESIONALES	Modalidad		
Jornada	44	Pactado	UF 8.070	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	477.052	001 IMPTO. UNICO	146.190
004 INCREMENTO	102.566	002 IMPOSICIONES	11.16 315.249
005 ASIGNACION MUNICIPAL	794.300	004 SALUD	UF 228.461
007 ASIG. PROF.	365.974	021 Asoc. de Func. Muni	8.070 2.320
009 BON ART04 LEY 18717	20.653		
017 BONIF. ART.10 LEY 1	140.759		
022 BON ART.03 LEY 1856	58.032		
025 BONIF. LEY 19.529	32.579		
048 INCENTIVO INSTITUCIONAL	296.520		
049 INCENTIVO-COLECTIVO	312.127		
050 BONIF.-COMP-L19803	99.006		
074 Aguinaldo Navidad	30.613		
076 Bono Especial	94.062		
089 Componente Base Ley	585.240		

Total Haberes	3.409.483	Total Descuentos	692.220
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Sahid	Liquido a Pagar
3.378.870	2.242.147	2.242.147	2.717.263

Detalle Jornada : Dirección De Obras - EE.CONTRATA:44 h

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 036157365-K

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

ROMERO GONZÁLEZ RODRIGO ANDRÉS 13700867 - K
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
21012020 21012020 41 M
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
02 DOS N° DE DIAS EN PALABRAS
N° 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

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 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE 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 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA
C = TARDE
C = NOCHE

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

DIRECCIÓN: CALLE:Nº,DEPTO;COMUNA _____ Maximiliano Valdes 2948,
Buin _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-72177412

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

AVELEJO MOYA NANCY ALEJANDRA 14377330 - 2
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
Número colegio médico _____ MEDICINA FAMILIAR _____ 1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL _____ ESPECIALIDAD _____ 2 = DENTISTA
02-28212053/ _____ DIRECCIÓN _____ 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX _____ Arturo Prat N 705, Buin _____ 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 036157365-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											
RUN											
TELEFONO											
2 1 0 1 2 0 2 0 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)											
CARLOS CONDELL 4 1 5 , 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).

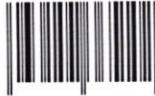
C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> 2 1=D.L. 3501 INP. 2=D.L. 3500 A.F.P. CÓDIGO <input type="checkbox"/> 3 3 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV) NOMBRE INT. PREV. CAPITAL	CALIDAD DEL TRABAJADOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 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 <input type="checkbox"/> 2 1= SI 2= NO Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 1= SI 2= NO
	2 8 1 1 2 0 1 6	2 8 1 1 2 0 1 6
	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN 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 <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
EMPLEADOR	NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA



N° 3 036157365-K

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 COITZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F. L. 308/3. ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

% DESAHUCIO

► Remuneración imponible
previsional mes anterior inicio
licencia médica (tope 109.8
UF) para trabajador afiliado a
AFC

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

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)

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

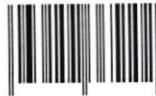
TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
3	30	12	2019	01	01	2020
2	19	12	2019	20	12	2019
3	16	12	2019	18	12	2019
1	13	12	2019	13	12	2019
1	06	12	2019	06	12	2019
2	21	11	2019	22	11	2019

1 = SI
2 = NO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 036157365-K

Sucursal : Sociedad de Salud Mallea Avello SPA - Sociedad de Salud Mallea
Avello SPA

Fecha Otorgamiento : 21-01-2020 18:08 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

1. Datos Profesional

Profesional : Avello Moya, Nancy Alejandra
Rut : 14377330-2
Especialidad : MEDICINA FAMILIAR
Dirección : Arturo Prat N 705, Buin - Tel: 02-28212053

2. Datos Trabajador

Nombre : ROMERO GONZÁLEZ, RODRIGO ANDRÉS
Rut : 13700867-K
Edad : 41
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-01-2020 Lugar : Domicilio
Nº Días : 2 Dirección : Maximiliano Valdes 2948, Buin
Fecha término : 22-01-2020 Teléfono : 09-72177412
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 23-01-2020 09:30 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69072500-2
Fecha de Recepción : 21-01-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-01-2020 09:30 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 36157365-K

y código de verificación: 313261

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.

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

ROMERO GONZALEZ RODRIGO ANDRES

RUT: 13.700.867-K

LICENCIA Nro.: 3-036157365

DEL 21/01/2020 AL 22/01/2020

Nro.DIAS 2

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

AFP CAPITAL Porc.Prev: 11,44

INSTITUCIÓN SALUD:

FONASA Plan: 7%

FECHA DE INGRESO:

22/08/2017

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	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.928.706	1.191.812	1.888.829
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)	1.928.706	1.191.812	1.888.829
II	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	220.645	136.343	216.083
D	4) DESAHUCIO	0	0	0
E	5) SALUD 7%	135.010	83.427	132.219
S	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	355.655	219.770	348.302
C	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	45.078	12.298	40.177
U	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	1.527.973	959.744	1.500.350
EN	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
	PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)	1.329.356	LIQUIDO 44.312	PREVISIÓN 7.355
				SALUD 4.500



*FIRMA DEL EMPLEADOR

22/01/2020 .

FECHA

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a OCTUBRE 2019

Nombre ROMERO GONZALEZ RODRIGO ANDRES
Rut 13.700.867-K Ubicación: Dideco
Grado 11.
Días Trabajados 31
Escalafón JEFATURAS
Jornada 44

Cargas 0
Bienes 1
AFP. AFP CAPITAL
Isapre FONASA
Modalidad Pactado

HABERES

001 SUELDO BASE	368.400
003 BIENIOS	7.368
004 INCREMENTO	79.206
005 ASIGNACION MUNICIPAL	339.097
007 ASIG. PROF.	263.853
009 BON ART04 LEY 18717	20.090
017 BONIF. ART.10 LEY 1	58.150
022 BON ART.03 LEY 1856	23.956
025 BONIF. LEY 19.529	31.692
048 INCENTIVO INSTITUCIONAL	173.115
049 INCENTIVO-COLECTIVO	182.226
050 BONIF.-COMP-L19803	128.532
089 Componente Base Ley	341.676

DESCUENTOS

001 IMPTO. UNICO	40.177	
002 IMPOSICIONES	11.44	216.083
004 SALUD		132.219
032 Cuota Bienes antic.		7.368
048 C.C.A.F. DE LOS AND		175.301

Total Haberes 2.017.361

Total Descuentos 571.148

Total Tributable

Total Imp. Prev.

Total Imp. Salud

Liquido a Pagar

2.017.361

1.888.829

1.888.829

1.446.213

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON:UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a NOVIEMBRE 2019

Nombre	ROMERO GONZALEZ RODRIGO ANDRES	Cargas	0
Rut	13.700.867-K	Bienios	1
Grado	11,0	AFP.	AFP CAPITAL
Días Trabajados	30	Isapre	FONASA
Escalafón	JEFATURAS	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	368.400	001 IMPTO. UNICO	12.298
003 BIENIOS	1 7.368	002 IMPOSICIONES	11.44 136.343
004 INCREMENTO	79.206	004 SALUD	83.427
005 ASIGNACION MUNICIPAL	339.097	032 Cuota Bienes antic	7.368
007 ASIG. PROF.	263.853	048 C.C.A.F. DE LOS AND	175.301
009 BON ART04 LEY 18717	20.090	068 hdi valores fiscale	2.874
017 BONIF. ART.10 LEY 1	58.150	071 Retro HDI val antic	26.824
022 BON ART.03 LEY 1856	23.956		
025 BONIF. LEY 19.529	31.692		

Total Haberes	1.191.812	Total Descuentos	444.435
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
1.191.812	1.191.812	1.191.812	747.377

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON: SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a DICIEMBRE 2019

Nombre	ROMERO GONZALEZ RODRIGO ANDRES	Cargas	0	
Rut	13.700.867-K	Ubicación: Dideco	Bienios	1
Grado	11,0	AFP.	AFP CAPITAL	
Días Trabajados	31	Isapre	FONASA	
Escalafón	JEFATURAS	Modalidad		
Jornada	44	Pactado		

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE		378.715	
003 BIENIOS	1	7.574	
004 INCREMENTO		81.424	
005 ASIGNACION MUNICIPAL		348.592	
007 ASIG. PROF.		271.241	
009 BON ART04 LEY 18717		20.653	
017 BONIF. ART.10 LEY 1		59.778	
022 BON ART.03 LEY 1856		24.627	
025 BONIF. LEY 19.529		32.579	
048 INCENTIVO INSTITUCIONAL		174.731	
049 INCENTIVO-COLECTIVO		183.927	
050 BONIF.-COMP-L19803		129.731	
074 Aguinaldo Navidad		30.613	
076 Bono Especial		94.062	
089 Componente Base Ley		344.865	

Total Haberes	2.183.112	Total Descuentos	586.482
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
2.152.499	1.928.706	1.928.706	1.596.630

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON:UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS


HABILITADO

RECIBI CONFORME

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 036199473-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROJAS **CANDIA** **MAURICIO EST** 1 2 3 9 3 8 1 2 - 7
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

22012020 **22012020** **46** **M**
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO

02 **DOS** N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

D

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 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS

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 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA villa los areneros, pasaje los hernandez 44, Buin

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-64780615

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MARTINEZ **MATTE** **PATRICIO JOS** 1 7 9 6 1 8 9 7 - 4
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

REG. COLEGIO PROFESIONAL **CORREO ELECTRÓNICO** **MEDICINA GENERAL**
56-996624779/ Arturo Prat 607, Buin ESPECIALIDAD

TELÉFONO/FAX **DIRECCIÓN** **FIRMA PROFESIONAL**

Documento firmado electrónicamente

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 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



Nº 3 036199473-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE BUIÑ														
RAZON SOCIAL EMPLEADOR														
6 9 0 7 2 5 0 0			- 2	0 2	- 8 2 1 8 4 4 3	2 2 0 1 2 0 2 0								
RUN			TELEFONO			FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)								
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

- 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 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 1 0 1 2 0 1 3

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
 2 = NO

- Contrato de duración indefinida 1 = SI
 2 = NO

0 1 0 1 2 0 1 3

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN/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

EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA



N° 3 036199473-6

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)

% DESAHUCIO

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

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

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)

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
5	26	12	2019	30	12	2019
7	18	11	2019	24	11	2019
2	11	11	2019	12	11	2019
2	16	10	2019	17	10	2019
2	16	09	2019	17	09	2019
4	09	08	2019	12	08	2019

1 = SI
2 = NO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 036199473-6

Sucursal : Sociedad de salud Los Guindos Ltda - Sociedad de salud Los Guindos Ltda

Fecha Otorgamiento : 22-01-2020 18:43 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

1. Datos Profesional

Profesional : Martinez Matte, Patricio Jose
Rut : 17961897-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Arturo Prat 607 , Buin - Tel: 56-996624779

2. Datos Trabajador

Nombre : ROJAS CANDIA, MAURICIO ESTEBAN
Rut : 12393812-7
Edad : 46
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 22-01-2020 Lugar : Domicilio
Nº Días : 2 Dirección : villa los areneros, pasaje los hernandez 44, Buin
Fecha término : 23-01-2020 Teléfono : 09-64780615
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 27-01-2020 09:29 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69072500-2
Fecha de Recepción : 22-01-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 27-01-2020 09:29 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 36199473-6

y código de verificación: 5fc112

El que incurra en las falsoedades 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.

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN
LICENCIA Nro.: 3-036199473
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP HABITAT Porc.Prev: 11,27
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%
FECHA DE INGRESO: 22/08/2017
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: 12.393.812-7
Nro.DIAS 2

	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)	883.482	488.868	866.271
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)	883.482	488.868	866.271
N				
E				
R				
A				
C				

II	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	99.569	55.095	97.629
D	4) DESAHUCIO	0	0	0
E	5) SALUD 7%	61.844	34.221	60.639
S	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	161.413	89.316	158.268
C				
U				
E				
N				

III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	3.543	0	0
------------	---------------------------------	-------	---	---

TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	718.526	399.552	708.003
--	----------------	----------------	----------------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)	608.694	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
		LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
		20.290	3.319	2.061



FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a OCTUBRE 2019

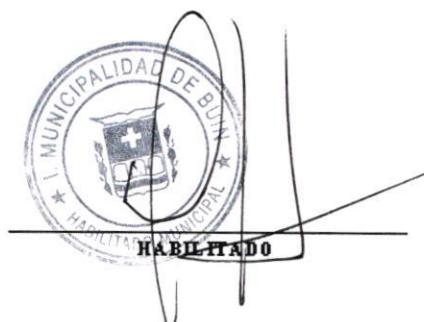
Nombre	ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN	Cargas	1
Rut	12.393.812-7	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	18,(Bienios	3
Días Trabajados	31	AFP.	AFP HABITAT
Escalafón	AUXILIARES	Isapre	FONASA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE		214.901	
003 BIENIOS	3	12.894	
004 INCREMENTO		46.204	
005 ASIGNACION MUNICIPAL		83.103	
009 BON ART04 LEY 18717		60.751	
013 ASIGNA.FAMIL.	1	2.398	
017 BONIF. ART.10 LEY 1		13.626	
022 BON ART.03 LEY 1856		5.030	
025 BONIF. LEY 19.529		52.359	
048 INCENTIVO INSTITUCI		93.735	
049 INCENTIVO-COLECTIVO		98.667	
050 BONIF.-COMP-L19803		68.952	
052 Horas Extras al 25%	10	19.606	
053 Horas Extras al 50%	10	23.527	
089 Component		185.001	

Total Haberes	980.754	Total Descuentos	213.188
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Sabid	Liquido a Pagar
978.356	866.271	866.271	767.566

Horas/Días
HOR.EXTR.(25%):10.00h, HOR.EXTR.(50%):10.00h
Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.PLANTA:44 h

SON:SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS



RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a NOVIEMBRE 2019

Nombre	ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN	Cargas	1
Rut	12.393.812-7	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	18,0	Bienios	3
Días Trabajados	30	AFP.	AFP HABITAT
Escalafón	AUXILIARES	Isapre	FONASA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	

HABERES			DESCUENTOS		
001 SUELDO BASE		214.901	002 IMPOSICIONES	11.27	55.095
003 BIENIOS	3	12.894	004 SALUD		34.221
004 INCREMENTO		46.204	021 Asoc. de Func. Muni		1.075
005 ASIGNACION MUNICIPAL		83.103	025 HDI Condu ANTIC		1.225
009 BON ART04 LEY 18717		60.751	032 Cuota Bienes antic		4.298
013 ASIGNA.FAMIL.	1	2.398	048 C.C.A.F. DE LOS AND		48.326
017 BONIF. ART.10 LEY 1		13.626			
022 BON ART.03 LEY 1856		5.030			
025 BONIF. LEY 19.529		52.359			
052 Horas Extras al 25%	22	43.132			
053 Horas Extras al 50%	20	47.053			

Total Haberes	581.451	Total Descuentos	144.240
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
579.053	488.868	488.868	437.211

Horas/Días HOR.EXTR.(25%):22.00h, HOR.EXTR.(50%):20.00h Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.PLANTA:44 h

SON:CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS



RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a DICIEMBRE 2019

Nombre ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN
Rut 12.393.812-7 Ubicación: Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado 18,1
Días Trabajados 31
Escalafón AUXILIARES
Jornada 44

Cargas 1
Bienes 3
AFP. AFP HABITAT
Isapre FONASA
Modalidad Pactado

HABERES

001 SUELDO BASE		220.918
003 BIENIOS	3	13.255
004 INCREMENTO		47.497
005 ASIGNACION MUNICIPAL		85.430
009 BON ART04 LEY 18717		62.452
013 ASIGNA.FAMIL.	1	2.398
017 BONIF. ART.10 LEY 1		14.008
022 BON ART.03 LEY 1856		5.171
025 BONIF. LEY 19.529		53.825
048 INCENTIVO INSTITUCI		94.610
049 INCENTIVO-COLECTIVO		99.588
050 BONIF.-COMP-L19803		69.596
053 Horas Extras al 50%		28.232
074 Aguinaldo Navidad		57.873
076 Bono Especi		190.180
089		186.728

DESCUENTOS

001 IMPTO. UNICO		3.543
002 IMPOSICIONES	11.27	99.569
004 SALUD		61.844
021 Asoc. de Func. Muni		1.075
025 HDI Condu ANTIC		1.259
032 Cuota Bienes antic		4.418
048 C.C.A.F. DE LOS AND		48.362

Total Haberes

1.231.761

Total Descuentos

220.070

Total Tributable

1.171.490

Total Imp. Prev.

883.482

Total Imp. Salud

883.482

Liquido a Pagar

1.011.691

Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.PLANTA:44 h

SON:UN MILLON ONCE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS


HABILITADO

RECIBI CONFORME

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 036132339-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GONZÁLEZ	NAVARRO	DILAN MATHIA	19187518	- 4
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
21012020	21012020	24	M	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
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 MATERINAL 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"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO		
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> HORA MINUTOS				TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table border="1"><tr><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>	MES	AÑO	
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 type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
2 = HOSPITAL	
3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	LO CHACON 1350, VILLA
VALDIVIA DE PAINÉ, Buin	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-46161729

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

TRAUB	EMALDIA	CHRISTOPHER	18025016	- 6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
44681-5	CORREO ELECTRÓNICO			MEDICINA GENERAL
REG. COLEGIO PROFESIONAL				ESPECIALIDAD
02-228212053/	Arturo Prat 607, Buin			<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
				<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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 036132339-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. MUNICIPALIDAD DE BUIÑ

RAZON SOCIAL EMPLEADOR
6 9 0 7 2 5 0 0 - 2 0 2 - 8 2 1 8 4 4 3

RUN
TELEFONO
CARLOS CONDELL 4 1 5 , BUIÑ

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
2 1 0 1 2 0 2 0

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

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** 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 1 1 2 0 1 8
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

B A N M E D I C A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: GONZÁLEZ NAVARRO DILAN MATHIAS RUT: 19.187.518-4
 LICENCIA Nro.: 3-0361323394 DEL 21/01/2020 AL 22/01/2020 Nro.DIAS 2
 INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PLANVITAL Porc.Prev: 11,16
 INSTITUCIÓN SALUD: BANMEDICA Plan: UF:10.420
 FECHA DE INGRESO: 01/11/2018
 NACIONALIDAD: 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)	1.795.500	1.098.964	1.758.574
	- 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)	1.795.500	1.098.964	1.758.574
II D E S C U E N	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	200.379	122.644	196.258
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD UF:10.42	165.726	165.214	230.091
	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	366.105	287.858	426.349
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	37.620	7.923	38.450
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1.391.775	803.183	1.293.775
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)		1.162.911	VALOR SUBSIDIO DIARIO	
			LIQUIDO 38.764	PREVISIÓN 6.679
				SALUD 5.524


FIRMA DEL EMPLEADOR

21 ENE. 2020

FECHA

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

MINISTERIOS DE SALUD

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

FOLIO LICENCIA:	4-	3046476-1
ESTADO:		Tramitada
FECHA ESTADO:		04/02/2020
MOTIVO NO RECEPCIÓN:		
FECHA TERMINO RELACIÓN:		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VENEGAS	CONTRERAS	CARLOS PATRICIO	11056771-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2020-01-31	2020-02-03	53	M
FECHA EMISIÓN	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
21	Veintiuno		
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS		

A.2. IDENTIFICACIÓN DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave de hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y Juicio adopción plena (Ley 18.867).

-	-	-	-
FECHA DE NACIMIENTO			
-	-	-	-
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE BUIN			
69072500-2	0	31-01-2020	DÍA MES AÑO
RUN	TELÉFONO		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		CARLOS CONDELL 415	
Buin	Buin.	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	
COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8-Servicios estatales, Sociales, Personales e Internacionales

OCCUPACIÓN:

16-Administrativo

FECHA DISPOSICIÓN ENTIDAD QUE PRONUNCIA:

04/02/2020

Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a www.medipass.cl.

MUNICIPALIDAD DE BUIN
Recursos Humanos
69072500-2

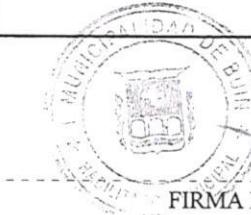
DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PÚBLICO AFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:
LICENCIA Nro.: 3046476
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:
INSTITUCIÓN SALUD:
FECHA DE INGRESO:
NACIONALIDAD:

VENEGAS CONTRERAS CARLOS PATRICIO
DEL 03/02/2020 AL 23/02/2020
AFP PROVIDA Porc.Prev: 11,45
FONASA Plan: 7%
01/05/1998
SEXO: M

RUT: 11.056.771-5
Nro.DIAS 21

DETALLE DE REMUNERACION		MES/AÑO 01/2020	MES/AÑO 12/2019	MES/AÑO 11/2019
I R E M U N E R A C	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	31	30
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	843.805	1.424.764	820.821
	- 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)	843.805	1.424.764	820.821
	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	96.616	163.135	93.984
II D E S C U E N	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	59.066	99.735	57.457
	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	155.682	262.870	151.441
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	17.222	40.877	11.343
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		670.901	1.121.017	658.037
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)		816.652	VALOR SUBSIDIO DIARIO LIQUIDO PREVISIÓN SALUD 27.222 3.221 1.969	



FIRMA DEL EMPLEADOR

04/02/2020

FECHA

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a NOVIEMBRE 2019

Nombre	VENEGAS CONTRERAS CARLOS PATRICIO	Cargas	0
Rut	11.056.771-5	Ubicación: Dideco	Biénios 12
Grado	13,1	AFP.	AFP PROVIDA
Días Trabajados	30	Isapre	FONASA
Escalafón	ADMINISTRATIVO	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE		315.831	
003 BIENIOS	12	75.799	
004 INCREMENTO		67.904	
005 ASIGNACION MUNICIPAL		186.258	
009 BON ART04 LEY 18717		72.554	
017 BONIF. ART.10 LEY 1		36.308	
022 BON ART.03 LEY 1856		13.808	
025 BONIF. LEY 19.529		52.359	
052 Horas Extras al 25%	40	132.129	
053 Horas Extras al 50%	37	146.663	

Total Haberes	1.099.613	Total Descuentos	170.680
---------------	-----------	------------------	---------

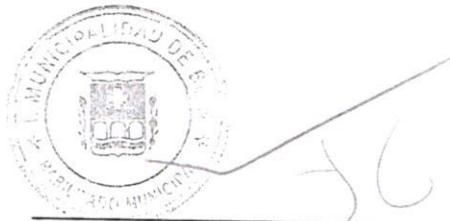
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
1.099.613	820.821	820.821	928.933

Horas/Días

HOR.EXTR.(25%):40.00h, HOR.EXTR.(50%):37.00h

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON: NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS
--



HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a DICIEMBRE 2019

Nombre	VENEGAS CONTRERAS CARLOS PATRICIO	Cargas	0
Rut	11.056.771-5	Ubicación: Dideco	Bienios 12
Grado	13,0	AFP.	AFP PROVIDA
Días Trabajados	31	Isapre	FONASA
Escalafón	ADMINISTRATIVO	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	324.674	001 IMPTO. UNICO	40.877
003 BIENIOS	12 77.922	002 IMPOSICIONES	11.45 163.135
004 INCREMENTO	69.805	004 SALUD	99.735
005 ASIGNACION MUNICIPAL	191.473	021 Asoc. de Func. Muni	1.579
009 BON ART04 LEY 18717	74.586	032 Cuota Bienes antic	6.493
017 BONIF. ART.10 LEY 1	37.325		
022 BON ART.03 LEY 1856	14.195		
025 BONIF. LEY 19.529	53.825		
048 INCENTIVO INSTITUCI	144.290		
049 INCENTIVO-COLECTIVO	151.885		
050 BONIF.-COMP-L19803	107.188		
052 Horas Extras al 25%	85.884		
053 Horas Extras al 50%	146.663		
074 Aguinaldo Navidad	57.873		
076 Bono	190.180		
089	284.784		

Total Haberes	2.012.552	Total Descuentos	311.819
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
1.954.679	1.424.764	1.424.764	1.700.733

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON:UN MILLON SETECIENTOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a ENERO 2020

Nombre VENEGAS CONTRERAS CARLOS PATRICIO
Rut 11.056.771-5 Ubicación: Dideco
Grado 13,1
Días Trabajados 31
Escalafón ADMINISTRATIVO
Jornada 44

Cargas 0
Bienes 12
AFP. AFP PROVIDA
Isapre FONASA
Modalidad
Pactado

HABERES

001 SUELDO BASE	324.674
003 BIENIOS	77.922
004 INCREMENTO	69.805
005 ASIGNACION MUNICIPAL	191.473
009 BON ART04 LEY 18717	74.586
017 BONIF. ART.10 LEY 1	37.325
022 BON ART.03 LEY 1856	14.195
025 BONIF. LEY 19.529	53.825
052 Horas Extras al 25%	135.828
053 Horas Extras al 50%	154.844
115 Bono Vacaciones	122.332

DESCUENTOS

001 IMPTO. UNICO	17.222	
002 IMPOSICIONES	11.45	96.616
004 SALUD		59.066
021 Asoc. de Func. Muni		1.623
032 Cuota Bienes antic		6.493

Total Haberes

1.256.809

Total Descuentos

181.020

Total Tributable

1.256.809

Total Imp. Prev.

843.805

Total Imp. Sahid

843.805

Liquido a Pagar

1.075.789

Horas/Días

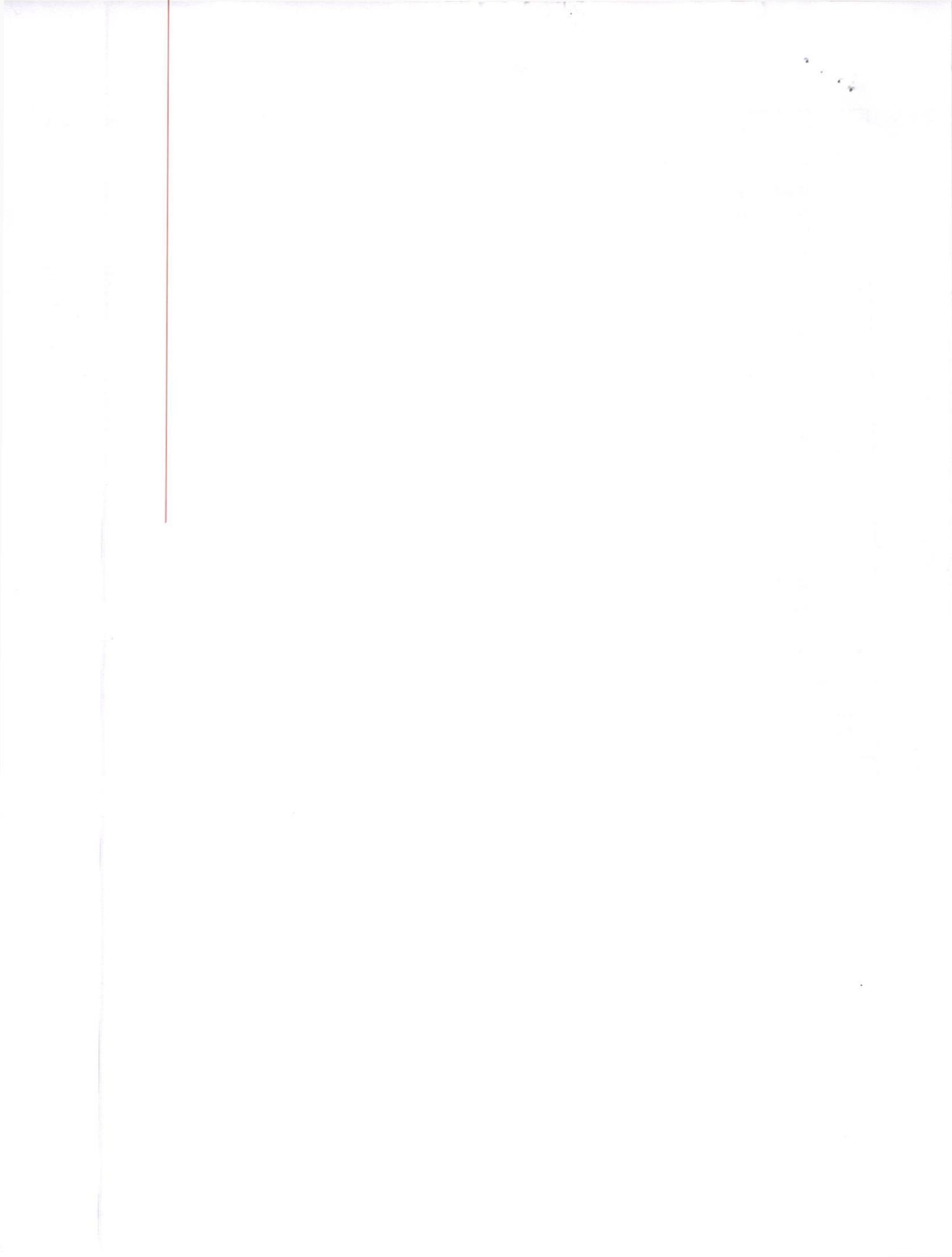
HOR.EXTR.(25%):40.00h, HOR.EXTR.(50%):38.00h
Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON:UN MILLON SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 036502632-7



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROJAS CANDIA MAURICIO EST 1 2 3 9 3 8 1 1 2 - 7
APELLIDO PATERO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
3 1 0 1 2 0 2 0 3 1 0 1 2 0 2 0 4 6 M
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
0 1 U N O N° DE DIAS EN PALABRAS
N° DE DIAS 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 18.667)

APELLIDO PATERO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <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 <u>VILLA LOS ARENEROS PASAJE LOS HERNANDEZ 44, Buin</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-87378718</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S A N Z S A N Z A N A K A R I N A 2 6 0 6 4 1 4 7 - 6
APELLIDO PATERO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO MEDICINA GENERAL
02-24892564/ DIRECCIÓN Anibal Pinto 436, Buin Documento firmado electrónicamente
TELÉFONO/FAX 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 FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 036502632-7

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1 . MUNICIPALIDAD DE BUIÑ	RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
6 9 0 7 2 5 0 0	- 2 0 2 - 8 2 1 8 4 4 3	3 1 0 1 2 0 2 0
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)
CARLOS CONDELL	4 1 5 ,	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	CALIDAD DEL TRABAJADOR	SEGURO DE DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A 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.	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
CÓDIGO <input type="text" value="5"/> LETRA (CAJA PREV)	0 1 0 1 2 0 1 3	0 1 0 1 2 0 1 3

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN 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	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6
<input checked="" type="checkbox"/> D A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR
EMPLEADOR	NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 036502632-7

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.

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

% DESAHUCIO

- ▶ Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

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

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)

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
2	22	01	2020	23	01	2020
5	26	12	2019	30	12	2019
7	18	11	2019	24	11	2019
2	11	11	2019	12	11	2019
2	16	10	2019	17	10	2019
2	16	09	2019	17	09	2019

1 = SI
2 = NO

1 = SI

2 = NO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 036502632-7

Sucursal : Nueva Santa Catalina S.A - Santa Catalina Buin

Fecha Otorgamiento : 31-01-2020 19:06 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

1. Datos Profesional

Profesional : SANZ SANZ, ANA KARINA
Rut : 26064147-6
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Anibal Pinto 436, Buin - Tel: 02-24892564

2. Datos Trabajador

Nombre : ROJAS CANDIA, MAURICIO ESTEBAN
Rut : 12393812-7
Edad : 46
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 31-01-2020 Lugar : Domicilio
Nº Días : 1 Dirección : VILLA LOS ARENEROS PASAJE LOS HERNANDEZ 44 , Buin
Fecha término : 31-01-2020 Teléfono : 09-87378718
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 03-02-2020 12:09 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69072500-2
Fecha de Recepción : 31-01-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-02-2020 12:09 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 36502632-7

y código de verificación: 05c71a

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.

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN
LICENCIA Nro.: 3-036502632
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: DEL 31/01/2020 AL 31/01/2020
INSTITUCIÓN SALUD: AFP HABITAT Porc. Prev: 11,27
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%
FECHA DE INGRESO: 22/08/2017
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: 12.393.812-7
Nro. DIAS 1

	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)	883.482	488.868	866.271
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)	883.482	488.868	866.271
N	III D E S C U E N	99.569	55.095	97.629
E	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	0	0	0
S	4) DESAHUCIO	61.844	34.221	60.639
C	5) SALUD 7%	161.413	89.316	158.268
U	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	3.543	0	0
E	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	718.526	399.552	708.003
N	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)			
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)		608.694	VALOR SUBSIDIO DIARIO LIQUIDO PREVISIÓN SALUD	
			20.290	3.319 2.061



FIRMA DEL EMPLEADOR

03/02/2020
FECHA

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a OCTUBRE 2019

Nombre	ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN	Cargas	1
Rut	12.393.812-7	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	18,I	Bienios	3
Días Trabajados	31	AFP.	AFP HABITAT
Escalafón	AUXILIARES	Isapre	FONASA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE		214.901	
003 BIENIOS	3	12.894	
004 INCREMENTO		46.204	
005 ASIGNACION MUNICIPAL		83.103	
009 BON ART04 LEY 18717		60.751	
013 ASIGNA.FAMIL.	1	2.398	
017 BONIF. ART.10 LEY 1		13.626	
022 BON ART.03 LEY 1856		5.030	
025 BONIF. LEY 19.529		52.359	
048 INCENTIVO INSTITUCIONAL		93.735	
049 INCENTIVO-COLECTIVO		98.667	
050 BONIF.-COMP-L19803		68.952	
052 Horas Extras al 25%	10	19.606	
053 Horas Extras al 50%	10	23.527	
089 Component		185.001	

Total Haberes	980.754	Total Descuentos	213.188
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
978.356	866.271	866.271	767.566

Horas/Días HOR.EXTR.(25%):10.00h, HOR.EXTR.(50%):10.00h Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.PLANTA:44 h

SON:SETECIENTOS SESENTA Y Siete MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a NOVIEMBRE 2019

Nombre	ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN	Cargas	1
Rut	12.393.812-7	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	18,I	Bienios	3
Días Trabajados	30	AFP.	AFP HABITAT
Escalafón	AUXILIARES	Isapre	FONASA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE		214.901	
003 BIENIOS	3	12.894	
004 INCREMENTO		46.204	
005 ASIGNACION MUNICIPAL		83.103	
009 BON ART04 LEY 18717		60.751	
013 ASIGNA.FAMIL.	1	2.398	
017 BONIF. ART.10 LEY 1		13.626	
022 BON ART.03 LEY 1856		5.030	
025 BONIF. LEY 19.529		52.359	
052 Horas Extras al 25%	22	43.132	
053 Horas Extras al 50%	20	47.053	

Total Haberes	581.451	Total Descuentos	144.240
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
579.053	488.868	488.868	437.211

Horas/Días
HOR.EXTR.(25%):22.00h, HOR.EXTR.(50%):20.00h
Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.PLANTA:44 h

SON:CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a DICIEMBRE 2019

Nombre	ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN	Cargas	1
Rut	12.393.812-7	Ubicación:	Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato
Grado	18,(1	Bienios	3
Días Trabajados	31	AFP.	AFP HABITAT
Escalafón	AUXILIARES	Isapre	FONASA
Jornada	44	Modalidad	
		Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE		220.918	
003 BIENIOS	3	13.255	
004 INCREMENTO		47.497	
005 ASIGNACION MUNICIPAL		85.430	
009 BON ART04 LEY 18717		62.452	
013 ASIGNA.FAMIL.	1	2.398	
017 BONIF. ART.10 LEY 1		14.008	
022 BON ART.03 LEY 1856		5.171	
025 BONIF. LEY 19.529		53.825	
048 INCENTIVO INSTITUCI		94.610	
049 INCENTIVO-COLECTIVO		99.588	
050 BONIF.-COMP-L19803		69.596	
053 Horas Extras al 50%		28.232	
074 Aguinaldo Navidad		57.873	
076 Bono Especi		190.180	
089		186.728	

Total Haberes	1.231.761	Total Descuentos	220.070
Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Sabid	Liquido a Pagar
1.171.490	883.482	883.482	1.011.691

Detalle Jornada : Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornato - EE.PLANTA:44 h

SON:UN MILLON ONCE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME