

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 5° Art. 110° de la Ley N° 18.883, Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales.

CONSIDERANDO:

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

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

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

DECRETO

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

| Nombre | Fecha Inicio | Fecha termino | N° 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 Gonzáles | 21/01/2020 | 22/01/2020 | 02 días |
| Mauricio E. Rojas Candia | 22/01/2020 | 23/01/2020 | 02 días |
| Dilan M. Gonzáles 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.

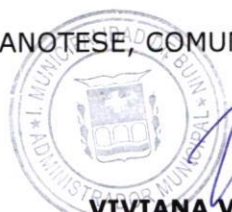


VICTOR ZUÑIGA SILVA
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

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

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Recursos Humanos



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



Licencia Médica

Nº 2 - 56584425

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|------------------------|--|-----------------|--|---------------------|--|-----------|--|
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | | RUN | | M O F | |
| NOMDA | | PCATEA | | CLAUDIO ALBERTO | | 14443246 | | M | |
| FECHA EMISION LICENCIA | | FECHA INICIO DE REPOSO | | DIA MES AÑO | | FECHA DE NACIMIENTO | | EDAD SEXO | |
| 230120 | | 230120 | | 23 01 20 | | 050275 | | 44 M | |
| Nº DE DIAS | | Nº DE DIAS EN PALABRAS | | | | | | | |
| 16 | | dieciséis | | DIAS | | | | | |

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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

A.3. TIPO DE LICENCIA

| | | | |
|--|--|---|--|
| 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN | | 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA | |
| 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL | | 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO | |
| 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | | 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL | |
| 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO | | | |
| RECUPERABILIDAD LABORAL | | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | |
| 1= SI 2= NO | | 1= SI 2= NO | |
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | | DIA MES AÑO | |
| HORA MINUTOS | | TRAYECTO 1= SI 2= NO | |
| FECHA DE LA CONCEPCION | | MES AÑO | |

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

| | | | |
|---------------------------|--|---|--|
| 1= REPOSO LABORAL TOTAL | | 2= REPOSO LABORAL PARCIAL | |
| SOLO PARA | | REPOSO PARCIAL | |
| A= MAÑANA | | B= TARDE | |
| C= NOCHE | | | |
| LUGAR DE REPOSO | | 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO | |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) | | | |
| DIRECCION DE REPOSO | | CORTAS DE MANSUR | |
| CALLE | | EST 6 | |
| Nº | | DPTO | |
| VILLA O POBLACION | | SAN BERNARDO | |
| COMUNA | | | |
| TELEFONO | | CELULAR | |
| CORREO ELECTRONICO | | | |

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

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

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|--------------------|--|------------------------------------|--|----------------------------|--|
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | | FIRMA DEL TRABAJADOR | | 1= MEDICO | |
| NAVARRO | | PINEIRO | | MARCELO | | Rest-IP | | 2= DENTISTA | |
| RUN | | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | | CORREO ELECTRONICO | | 3= MATRONA | | | |
| 14313067-3 | | | | | | | | | |
| DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION | | CALLE | | Nº | | Instituto de Seguridad del Trabajo | | Red de Salud Metropolitana | |
| SANTIAGO | | SANTIAGO | | 2010-C | | DR. MARCELO NAVARRO PINEIRO | | FIRMA DEL PROFESIONAL | |
| | | | | 60480508 | | CUT 14.313.067-3 | | MEDICINA GENERAL | |

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

| | |
|--|--|
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE | |
| Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción del documento. | |
| 1= SI 2= NO | |
| 1 | |

| TOTAL DIAS | | DESDE | | HASTA | |
|------------|----|-------|----|-------|----|
| 12 | 3 | 07 | 10 | 09 | 12 |
| 04 | 01 | 10 | 10 | 12 | 10 |
| 07 | 01 | 10 | 10 | 12 | 10 |
| 12 | 01 | 10 | 10 | 12 | 10 |

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|
| I M U N I C I P A L I D A D D E B U I N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69072500 - 2 | | | | | | | | | | 8218505 | | | | | 240120 | | | | |
| RUT | | | | | | | | | | TELEFONO | | | | | DIA MES AÑO | | | | |
| DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARLOS CONDELL GAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B U I N | | | | | | | | | | S A N T I A G O | | | | | | | | | |
| COMUNA | | | | | | | | | | CIUDAD | | | | | | | | | |
| CODIGO COMUNAL USO COMPIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR 0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA 1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS 2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS 3= CONSTRUCCION 4= ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA 5= COMERCIO 6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES 7= FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS 8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES 9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA 10= CONTRATO PLAZO FIJO <input checked="" type="checkbox"/> 8 | OCUPACION 11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO 15= VENDEDOR 16= ADMINISTRATIVO 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19= OTRO (ESPECIFICAR) <input checked="" type="checkbox"/> 11 |
|---|--|

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

| | | |
|--|--|--|
| REGIMEN PREVISIONAL 1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO <input type="text"/> LETRA (CAJA PREV.) <input type="text"/> NOMBRE INT. PREV. <u>Provida</u> | CALIDAD DEL TRABAJADOR 1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834 2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> 1 | FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF <input type="text"/> SEGURO DE DESEMPLEO - Trabajador Afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1= SI 2= NO - Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1= SI 2= NO |
|--|--|--|

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 071216 DIA MES AÑO
FECHA CONTRATO DE TRABAJO 071216 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO DANMEDICA

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

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

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

| CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|------|------------|---|---|----------------------------------|------------|
| | MES | AÑO | N° DE DIAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.) | MONTO | N° DE DIAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| | 12 | 2019 | 31 | | 72.242.147.- | | |
| | 11 | 2019 | 30 | | 1.937.659.- | | |
| | 10 | 2019 | 31 | | 2.222.776.- | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| |
|----------------------|
| % DESAHUCIO |
| <input type="text"/> |

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

| |
|----|
| \$ |
|----|

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

| CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|-----|------------|---|---|----------------------------------|------------|
| | MES | AÑO | N° DE DIAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.) | MONTO | N° DE DIAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente

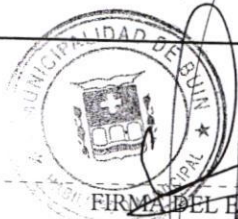
DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

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
AFP PROVIDA Porc.Prev: 11,45
BANMEDICA Plan: UF:3.638
07/12/2016
SEXO: M

RUT: 14.443.246-0
Nro.DIAS 16

| | DETALLE DE REMUNERACION | MES/AÑO 12/2019 | MES/AÑO 11/2019 | MES/AÑO 10/2019 |
|--|--|-----------------------|--------------------|---------------------|
| I R E M U N E R A C I | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS | 31 | 30 | 31 |
| | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL) | 2.242.147 | 1.937.659 | 2.222.776 |
| | - RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675 | 0 | 0 | 0 |
| | 2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 | 0 | 0 | 0 |
| | TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2) | 2.242.147 | 1.937.659 | 2.222.776 |
| II D E S C U E N | 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION | 332.931 | 221.862 | 304.301 |
| | 4) DESAHUCIO | 0 | 0 | 0 |
| | 5) SALUD UF:3.638 | 203.539 | 135.636 | 186.036 |
| | TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5) | 536.470 | 357.498 | 490.337 |
| III | IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74 | 145.261 | 40.754 | 107.059 |
| TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III) | | 1.560.416 | 1.539.407 | 1.625.380 |
| DETERMINACION BASE DE CÁLCULO | | VALOR SUBSIDIO DIARIO | | |
| PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73) | | 1.575.068 | LIQUIDO 52.502 | PREVISIÓN 11.098 |
| | | | | SALUD 6.785 |



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 Ornat | Bienios | 0 |
| Grado | 8,00 | | AFP | AFP PROVIDA |
| Días Trabajados | 31 | | Isapre | BANMEDICA |
| Escalafón | DIRECTIVOS | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | UF 3.638 |

| HABERES | | DESCUENTOS | |
|--------------------------|---------|-------------------------|---------|
| 001 SUELDO BASE | 477.052 | 001 IMPTO. UNICO | 145.261 |
| 004 INCREMENTO | 102.566 | 002 IMPOSICIONES | 332.931 |
| 005 ASIGNACION MUNICIPAL | 794.300 | 004 SALUD | 203.539 |
| 007 ASIG. PROF. | 365.974 | 021 Asoc. de Func. Muni | 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 | 3.432.551 | Total Imp. Prev. | 2.242.147 |
| | | Total Imp. Salud | 2.242.147 |
| | | Líquido a Pagar | 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



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 Ornat | Bienios | 0 |
| Grado | 8,01 | | AFP. | AFP PROVIDA |
| Días Trabajados | 30 | | Isapre | BANMEDICA |
| Escalafón | DIRECTIVOS | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | UF 3.638 |

| HABERES | | DESCUENTOS | |
|--------------------------|---------|-------------------------|--------|
| 001 SUELDO BASE | 464.058 | 001 IMPTO. UNICO | 40.754 |
| 004 INCREMENTO | 99.772 | 002 IMPOSICIONES | 11.45 |
| 005 ASIGNACION MUNICIPAL | 772.665 | 004 SALUD | UF |
| 007 ASIG. PROF. | 356.006 | 021 Asoc. de Func. Muni | 3.638 |
| 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. Salud | Líquido 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



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 Ornat | Bienios | 0 |
| Grado | 8,00 | | AFP | AFP PROVIDA |
| Días Trabajados | 29 | | Isapre | BANMEDICA |
| Escalafón | DIRECTIVOS | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | UF 3.638 |

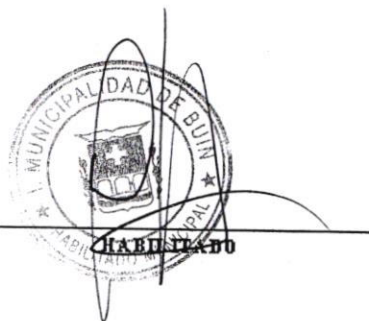
| HABERES | | DESCUENTOS | |
|--------------------------|---------|-------------------------|---------|
| 001 SUELDO BASE | 433.121 | 001 IMPTO. UNICO | 107.059 |
| 004 INCREMENTO | 93.121 | 002 IMPOSICIONES | 11.45 |
| 005 ASIGNACION MUNICIPIA | 721.154 | 004 SALUD | UF |
| 007 ASIG. PROF. | 332.272 | 021 Asoc. de Func. Muni | 3.638 |
| 009 BON ART04 LEY 18717 | 18.751 | 024 HDI VALORES ANTIC | 2.166 |
| 017 BONIF. ART.10 LEY 1 | 127.797 | 032 Cuota Bienes antic | 2.469 |
| 022 BON ART.03 LEY 1856 | 52.688 | | 8.662 |
| 025 BONIF. LEY 19.529 | 29.579 | | |
| 048 INCENTIVO INSTITUCI | 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. Salud | Líquido 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



RECIBI CONFORME

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 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 | 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 DÍAS | | Nº DE DÍAS EN PALABRAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

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 | 2 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN |
| | 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA |
| | 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL |
| | 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO |
| | 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO |
| | 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL |
| | 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO |

| | | | | | |
|-------------------------|---|------------------|--------------------------|---|------------------|
| RECUPERABILIDAD LABORAL | 1 | 1 = SI 2 = NO | INICIO TRAMITE INVALIDEZ | 2 | 1 = SI 2 = NO |
|-------------------------|---|------------------|--------------------------|---|------------------|

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|-----------------------|
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DIA MES AÑO |
|--|---|---|---|---|-----------------------|

| | | | | |
|---|----------------|----------|--------------------------|------------------|
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | HORA MINUTOS | TRAYECTO | <input type="checkbox"/> | 1 = SI 2 = NO |
|---|----------------|----------|--------------------------|------------------|

| | | | | |
|------------------------|---|---|---|--------------|
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | MES AÑO |
|------------------------|---|---|---|--------------|

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA
REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA 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 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | ESPECIALIDAD | | | | | | | | | | 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| 9-50974318/ | | | | | | | | | | Aníbal Pinto 436, Buin | | | | | | | | | | Documento firmado electrónicamente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO/FAX | | | | | | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | | | | FIRMA PROFESIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

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

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

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

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 036151023-2

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|------------|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. MUNICIPALIDAD DE BUIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAZON SOCIAL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69072500 | | | | | | | | | | -2 | | 02-8218443 | | | | | | | | | | 21012020 | | | | | | | | | | | | |
| 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

8

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

OCUPACION

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

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

REGIMEN PREVISIONAL

2 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 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.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 3 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☒ 2 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☒ 2 1 = SI
2 = NO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 3 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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 | |
| <input type="checkbox"/> | <p>E = SERVICIO DE SALUD</p> <p>F = MUTUAL</p> <p>G = INP</p> <p>H = EMPLEADOR</p> |

[illegible]



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.

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

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|------|---------|--|---|----------------------------------|---------|
| | MES | AÑO | N° DÍAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO | N° DÍAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| 29 | 10 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 2.222.776 | \$ 0 | 0 |
| 29 | 11 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 1.937.659 | \$ 0 | 0 |
| 29 | 12 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 2.242.147 | \$ 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|-------------|---|
| % DESAHUCIO | |
| 0 | 0 |

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

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

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|-----|---------|--|---|----------------------------------|---------|
| | MES | AÑO | N° DÍAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO | N° DÍAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Las remuneraciones
informadas deben
corresponder a los días
efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 1 = SI
2 = NO

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

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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 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
N° Dias : 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 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 comete 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 BUIN

Personal
69072500-2

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: SANGUINETTI CACERES NATALIA IGNACIA
 LICENCIA Nro.: 3-0361510232 DEL 20/01/2020 AL 22/01/2020
 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

RUT: 15.644.441-3
 Nro.DIAS 3

| | DETALLE DE REMUNERACION | MES/AÑO 12/2019 | MES/AÑO 11/2019 | MES/AÑO 10/2019 |
|--|--|-----------------------|--------------------|--------------------|
| I R E M U N E R A C I O | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS | 31 | 30 | 31 |
| | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL) | 2.242.147 | 1.937.659 | 2.222.776 |
| | - RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675 | 0 | 0 | 0 |
| | 2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 | 0 | 0 | 0 |
| | TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2) | 2.242.147 | 1.937.659 | 2.222.776 |
| II D E S C U E N T O | 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION | 315.249 | 216.243 | 309.922 |
| | 4) DESAHUCIO | 0 | 0 | 0 |
| | 5) SALUD UF:8.070 | 228.461 | 227.754 | 226.487 |
| | TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5) | 543.710 | 443.997 | 536.409 |
| III | IMPUESTO 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) | | LIQUIDO | PREVISIÓN | SALUD |
| 1.519.501 | | 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: Direccion De Obras | Bienios | 0 |
| Grado | 8,00 | | AFP. | AFP PLANVITAL |
| Dias 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 I | 136.925 | | |
| 022 BON ART.03 LEY 1856 | 56.451 | | |
| 025 BONIF. LEY 19.529 | 31.692 | | |
| 048 INCENTIVO INSTITUCI | 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 | Líquido a Pagar |
| 3.214.184 | 2.222.776 | 2.222.776 | 2.541.219 |

Detalle Jornada : Direccion De Obras - EE.CONTRATA:44 h, Direccion 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: Direccion De Obras | Bienios | 0 |
| Grado | 8,00 | | AFP | AFP PLANVITAL |
| Dias 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 MUNICIPA | 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 | Líquido a Pagar |
| 1.937.659 | 1.937.659 | 1.937.659 | 1.451.804 |

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

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


HABITADO

RECIBI CONFORME

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a DICIEMBRE 2019

| | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------|------------------|
| Nombre | SANGUINETTI CACERES NATALIA IGNACIA | | Cargas | 0 |
| Rut | 15.644.441-3 | Ubicación: Direccion De Obras | Bienios | 0 |
| Grado | 8,00 | | AFP. | AFP PLANVITAL |
| Dias 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 INSTITUCI | 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 |
|---------------|-----------|------------------|---------|

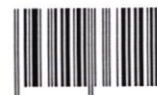
| | | | |
|------------------|------------------|------------------|-----------------|
| Total Tributable | Total Imp. Prev. | Total Imp. Salud | Líquido a Pagar |
| 3.378.870 | 2.242.147 | 2.242.147 | 2.717.263 |

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

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


HABILITADO

RECIBI CONFORME



N° 3 036157365-K

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------------------|--|---------------------|--|--|--|-----------------------|--|------|--|---------------------|--|--|--|
| R O M E R O | | | | G O N Z Á L E Z | | | | R O D R I G O A N D R | | | | 1 3 7 0 0 8 6 7 - K | | | |
| APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | | | | RUN | | | |
| 2 1 0 1 2 0 2 0 | | | | 2 1 0 1 2 0 2 0 | | | | 4 1 | | M | | | | | |
| FECHA OTORGAMIENTO | | | | FECHA INICIO REPOSO | | | | EDAD | | SEXO | | | | | |
| 0 2 | | D O S | | | | | | | | | | | | | |
| Nº DE DÍAS | | Nº DE DÍAS EN PALABRAS | | | | | | | | | | | | | |

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <table border="1" style="width: 180px; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 180px; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 260px; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> | - |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | |
| <table border="1" style="width: 180px; height: 20px;"></table> | | | | |
| 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="text" value="1"/> | 1 = SI | INICIO TRAMITE | <input type="text" value="2"/> | 1 = SI |
| LABORAL | | 2 = NO | INVALIDEZ | | 2 = NO |

| | | | | | | |
|------------------------|----------------------|--|-----|--|-----|--|
| FECHA DEL ACCIDENTE | <input type="text"/> | | | | | |
| TRABAJO O DEL TRAYECTO | DIA | | MES | | AÑO | |

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|--------|--|--------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | TRAYECTO | <input type="text"/> | 1 = SI | | |
| HORA MINUTOS | | | | | | 2 = NO |

| | | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|-----|--|--|--|
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| | MES | | AÑO | | | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA
REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO:COMUNA Maximiliano Valdes 2948,
Buln

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-72177412

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | V | E | L | L | O | M | O | Y | A | N | A | N | C | Y | A | L | E | J | A | N | 1 | 4 | 3 | 7 | 7 | 3 | 3 | 0 | - | 2 |
| APELLIDO PATERNO | | | | | APELLIDO MATERNO | | | | | NOMBRES | | | | | RUN | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número colegio médico | | | | | | | | | | MEDICINA FAMILIAR | | | | | 1 = MÉDICO | | | | | | | | | | | | | | | |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | ESPECIALIDAD | | | | | 2 = DENTISTA | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02-28212053/ | | | | | Arturo Prat N 705, Buin | | | | | | | | | | 3 = MATRONA | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO/FAX | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | | | | Documento firmado electrónicamente | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | FIRMA PROFESIONAL | | | | | | | | | | | | | | | |

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

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

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



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 036157365-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 |
| RUN | TELEFONO |
| FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA) | |
| 2 1 0 1 2 0 2 0 | |
| 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

8

OCUPACION

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

1 3

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

| | |
|-------------------|--|
| 2 | 1 = D.L. 3501 INP. 2 = D.L. 3500 A.F.P. |
| CÓDIGO | 3 3 |
| LETRA (CAJA PREV) | |
| NOMBRE | |
| INT. PREV. | CAPITAL |

CALIDAD DEL TRABAJADOR

| | |
|-----------------|---|
| 1 | 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. |
| 2 8 1 1 2 0 1 6 | |

SEGURO DE DESEMPLEO

| | | |
|---------------------------------|---|------------------|
| Trabajador afiliado a AFC | 2 | 1 = SI 2 = NO |
| Contrato de duración indefinida | 1 | 1 = SI 2 = NO |
| 2 8 1 1 2 0 1 6 | | |

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

| | |
|------------------------------------|--|
| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 | |
| D | A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR |

| | |
|------------------------------|---|
| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 | |
| | E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR |

| |
|--------------------------------------|
| EMPLEADOR |
| NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO |



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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 COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44, 1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|------|---------|---|---|----------------------------------|---------|
| | MES | AÑO | N° DÍAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO | Nº DÍAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| 33 | 10 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 1.888.829 | \$ 0 | 0 |
| 33 | 11 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 1.191.812 | \$ 0 | 0 |
| 33 | 12 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 1.928.706 | \$ 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|-------------|---|
| % DESAHUCIO | |
| 0 | 0 |

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

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

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|-----|---------|--|---|----------------------------------|---------|
| | MES | AÑO | N° DÍAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO | N° DÍAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Las remuneraciones
informadas deben
corresponder a los días
efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 1 = SI
2 = NO

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

| TOTAL DÍAS | DESDE | | | HASTA | | |
|------------|-------|-----|------|-------|-----|------|
| | DÍA | MES | AÑO | DÍA | 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 |

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
N° 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.

MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal

69072500-2

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

FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICO AFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:
LICENCIA Nro.: 3-036157365
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:
INSTITUCIÓN SALUD:
FECHA DE INGRESO:
NACIONALIDAD:

ROMERO GONZALEZ RODRIGO ANDRES
DEL 21/01/2020 AL 22/01/2020
AFP CAPITAL Porc.Prev: 11,44
FONASA Plan: 7%
22/08/2017
SEXO: M

RUT: 13.700.867-K
Nro.DIAS 2

| | DETALLE DE REMUNERACION | MES/AÑO 12/2019 | MES/AÑO 11/2019 | MES/AÑO 10/2019 |
|--|--|-----------------------|--------------------|--------------------|
| I R E M U N E R A C I O | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS | 31 | 30 | 31 |
| | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL) | 1.928.706 | 1.191.812 | 1.888.829 |
| | - 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) | 1.928.706 | 1.191.812 | 1.888.829 |
| II D E S C U E N O | 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION | 220.645 | 136.343 | 216.083 |
| | 4) DESAHUCIO | 0 | 0 | 0 |
| | 5) SALUD 7% | 135.010 | 83.427 | 132.219 |
| | TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5) | 355.655 | 219.770 | 348.302 |
| III | IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74 | 45.078 | 12.298 | 40.177 |
| TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III) | | 1.527.973 | 959.744 | 1.500.350 |
| DETERMINACION BASE DE CÁLCULO | | VALOR SUBSIDIO DIARIO | | |
| PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: | | LIQUIDO | PREVISIÓN | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73) | | 44.312 | 7.355 | 4.500 |
| 1.329.356 | | | | |



FIRMA DEL EMPLEADOR

22/01/2020.
FECHA

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a OCTUBRE 2019

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

| HABERES | | | DESCUENTOS | | |
|--------------------------|---|---------|-------------------------|-------|---------|
| 001 SUELDO BASE | | 368.400 | 001 IMPTO. UNICO | | 40.177 |
| 003 BIENIOS | 1 | 7.368 | 002 IMPOSICIONES | 11.44 | 216.083 |
| 004 INCREMENTO | | 79.206 | 004 SALUD | | 132.219 |
| 005 ASIGNACION MUNICIPIA | | 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 | | | |
| 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 INSTITUCI | | 173.115 | | | |
| 049 INCENTIVO-COLECTIVO | | 182.226 | | | |
| 050 BONIF.-COMP-L19803 | | 128.532 | | | |
| 089 Componente Base Ley | | 341.676 | | | |

| | | | |
|---------------|-----------|------------------|---------|
| Total Haberes | 2.017.361 | Total Descuentos | 571.148 |
|---------------|-----------|------------------|---------|

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|-----------------|
| Total Tributable | Total Imp. Prev. | Total Imp. Salud | Líquido 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 | Ubicación: Dideco | Bienios | 1 |
| Grado | 11,1 | | 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 | Líquido 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 | 11,6 | | AFP | AFP CAPITAL |
| Días Trabajados | 31 | | Isapre | FONASA |
| Escalafón | JEFATURAS | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | |

| HABERES | | | DESCUENTOS | | |
|---------|----------------------|---------|------------|---------------------|---------|
| 001 | SUELDO BASE | 378.715 | 001 | IMPTO. UNICO | 45.078 |
| 003 | BIENIOS | 7.574 | 002 | IMPOSICIONES | 220.645 |
| 004 | INCREMENTO | 81.424 | 004 | SALUD | 135.010 |
| 005 | ASIGNACION MUNICIPAL | 348.592 | 032 | Cuota Bienes antic | 7.574 |
| 007 | ASIG. PROF. | 271.241 | 048 | C.C.A.F. DE LOS AND | 175.301 |
| 009 | BON ART04 LEY 18717 | 20.653 | 068 | hdi valores fiscale | 2.874 |
| 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 INSTITUCI | 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 | Líquido 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



N° 3 036199473-6

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

8

OCUPACION

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

17

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

| | | |
|------------|--|-------------------|
| 2 | 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P. | |
| CÓDIGO | 5 | LETRA (CAJA PREV) |
| NOMBRE | | |
| INT. PREV. | HABITAT | |

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

1

0 1 0 1 2 0 1 3

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

SEGURO DE DESEMPLEO

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

0 1 0 1 2 0 1 3

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 |

E M P L E A D O R

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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)

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|------|---------|--|---|----------------------------------|---------|
| | | | | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | | |
| | MES | AÑO | N° DÍAS | | | MONTO | N° DÍAS |
| | A | | | B | C | D | E |
| 5 | 10 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 866.271 | \$ 0 | 0 |
| 5 | 11 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 488.868 | \$ 0 | 0 |
| 5 | 12 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 883.482 | \$ 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

% DESAHUCIO

0,0

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

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

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|-----|---------|--|---|----------------------------------|---------|
| | | | | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | | |
| | MES | AÑO | N° DÍAS | | | MONTO | N° DÍAS |
| | A | | | B | C | D | E |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Las remuneraciones
informadas deben
corresponder a los días
efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 1 = SI
2 = NO

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

| TOTAL DIAS | DESDE | | | HASTA | | |
|------------|-------|-----|------|-------|-----|------|
| | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 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 |

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
N° 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 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.

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.: 3-036199473
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:
INSTITUCIÓN SALUD:
FECHA DE INGRESO:
NACIONALIDAD:

ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN
DEL 22/01/2020 AL 23/01/2020
AFP HABITAT Porc.Prev: 11,27
FONASA Plan: 7%
22/08/2017
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 R E M U N E R A C I O N | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS | 31 | 30 | 31 |
| | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL) | 883.482 | 488.868 | 866.271 |
| | - 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) | 883.482 | 488.868 | 866.271 |

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

| | | | | |
|-----|---------------------------------|-------|---|---|
| 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 | | VALOR SUBSIDIO DIARIO | | |
|-------------------------------------|---------|-----------------------|-----------|-------|
| PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: | 608.694 | LIQUIDO | PREVISIÓN | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73) | | 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 Ornat | Bienios | 3 |
| Grado | 18,6 | | AFP. | AFP HABITAT |
| Días Trabajados | 31 | | Isapre | FONASA |
| Escalafón | AUXILIARES | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | |

| HABERES | | | DESCUENTOS | | |
|--------------------------|----|---------|-------------------------|-------|--------|
| 001 SUELDO BASE | | 214.901 | 002 IMPOSICIONES | 11.27 | 97.629 |
| 003 BIENIOS | 3 | 12.894 | 004 SALUD | | 60.639 |
| 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 | | 48.322 |
| 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. Salud | Líquido 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 Ornat | Bienios | 3 |
| Grado | 18,6 | | AFP. | AFP HABITAT |
| Días Trabajados | 30 | | Isapre | FONASA |
| Escalafón | AUXILIARES | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | 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 | Líquido 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 | | Cargas | 1 |
| Rut | 12.393.812-7 | Ubicación: Dir. Medio Ambiente, Aseo y Ornat | Bienios | 3 |
| Grado | 18,6 | | AFP. | AFP HABITAT |
| Días Trabajados | 31 | | Isapre | FONASA |
| Escalafón | AUXILIARES | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | |

| HABERES | | | DESCUENTOS | | |
|---------|----------------------|---------|------------|---------------------|--------|
| 001 | SUELDO BASE | 220.918 | 001 | IMPTO. UNICO | 3.543 |
| 003 | BIENIOS | 13.255 | 002 | IMPOSICIONES | 99.569 |
| 004 | INCREMENTO | 47.497 | 004 | SALUD | 61.844 |
| 005 | ASIGNACION MUNICIPAL | 85.430 | 021 | Asoc. de Func. Muni | 1.075 |
| 009 | BON ART04 LEY 18717 | 62.452 | 025 | HDI Condu ANTIC | 1.259 |
| 013 | ASIGNA.FAMIL. | 2.398 | 032 | Cuota Bienes antic | 4.418 |
| 017 | BONIF. ART.10 LEY 1 | 14.008 | 048 | C.C.A.F. DE LOS AND | 48.362 |
| 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. Salud | Líquido 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



N° 3 036132339-4

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

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)

A.3 TIPO LICENCIA

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA LO CHACON 1350, VILLA

VALDIVIA DE PAINE, Buin _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-46161729

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

1 1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

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

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

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



N° 3 036132339-4

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

[illegible]

MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal
69072500-2DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL

FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

GONZÁLEZ NAVARRO DILAN MATHIAS

LICENCIA Nro.: 3-0361323394

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

RUT: 19.187.518-4

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

AFP PLANVITAL Porc.Prev: 11,16

Nro.DIAS 2

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 | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS | 31 | 30 | 31 |
| R | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL) | 1.795.500 | 1.098.964 | 1.758.574 |
| 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) | 1.795.500 | 1.098.964 | 1.758.574 |

| | | | | |
|----|---|---------|---------|---------|
| II | 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION | 200.379 | 122.644 | 196.258 |
| D | 4) DESAHUCIO | 0 | 0 | 0 |
| E | 5) SALUD UF:10.42 | 165.726 | 165.214 | 230.091 |
| S | 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 | | VALOR SUBSIDIO DIARIO | | |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-------|
| PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: | 1.162.911 | LIQUIDO | PREVISIÓN | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73) | | 38.764 | 6.679 | 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 periodo 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 | | |
| N° DE DÍAS | N° DE DÍAS 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 BUIÑ | | | |
| 69072500-2 | 0 | 31-01-2020 | |
| RUN | TELÉFONO | DÍA MES AÑO | |
| DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR | | CARLOS CONDELL 415 | |
| Buñ | Buñ. | | |
| COMUNA | CIUDAD | CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN | |

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8-Servicios estatales, Sociales,
Personales e Internacionales

OCUPACIÓN:

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 PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: VENEGAS CONTRERAS CARLOS PATRICIO
LICENCIA Nro.: 3046476 DEL 03/02/2020 AL 23/02/2020
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PROVIDA Porc.Prev: 11,45
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%
FECHA DE INGRESO: 01/05/1998
NACIONALIDAD: 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 | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS | 31 | 31 | 30 |
| R | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL) | 843.805 | 1.424.764 | 820.821 |
| 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) | 843.805 | 1.424.764 | 820.821 |
| N | | | | |
| E | | | | |
| R | | | | |
| A | | | | |
| C | | | | |

| | | | | |
|----|---|---------|---------|---------|
| II | 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION | 96.616 | 163.135 | 93.984 |
| D | 4) DESAHUCIO | 0 | 0 | 0 |
| E | 5) SALUD 7% | 59.066 | 99.735 | 57.457 |
| S | TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5) | 155.682 | 262.870 | 151.441 |
| C | | | | |
| U | | | | |
| E | | | | |
| N | | | | |

| | | | | |
|-----|---------------------------------|--------|--------|--------|
| 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 | | VALOR SUBSIDIO DIARIO | | |
|-------------------------------------|---------|-----------------------|-----------|-------|
| PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: | 816.652 | LIQUIDO | PREVISIÓN | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73) | | 27.222 | 3.221 | 1.969 |



FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

04/02/2020

LIQUIDACION DE REMUNERACIONES

Correspondiente a NOVIEMBRE 2019

| | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------|-----------|-------------|
| Nombre | VENEGAS CONTRERAS CARLOS PATRICIO | | Cargas | 0 |
| Rut | 11.056.771-5 | Ubicación: Dideco | Bienios | 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 | 001 IMPTO. UNICO | | 11.343 |
| 003 BIENIOS | 12 | 75.799 | 002 IMPOSICIONES | 11.45 | 93.984 |
| 004 INCREMENTO | | 67.904 | 004 SALUD | | 57.457 |
| 005 ASIGNACION MUNICIPA | | 186.258 | 021 Asoc. de Func. Muni | | 1.579 |
| 009 BON ART04 LEY 18717 | | 72.554 | 032 Cuota Bienes antic | | 6.317 |
| 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 | Líquido 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 | 13,6 | | AFP. | AFP PROVIDA |
| Dias 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 MUNICIPA | | 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 | Líquido 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 13,6
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 | 12 | 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% | 40 | 135.828 |
| 053 Horas Extras al 50% | 38 | 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. Salud

843.805

Líquido 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



N° 3 036502632-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROJAS APELLIDO PATERNO CANDIA APELLIDO MATERNO MAURICIO EST NOMBRES 12393812 - 7 RUN
 31012020 FECHA OTORGAMIENTO 31012020 FECHA INICIO REPOSO 46 EDAD M SEXO
 01 N° DE DÍAS UNO N° DE DÍAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
 FIRMA TRABAJADOR

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 | <input type="checkbox"/> 1 | 1 = SI | INICIO TRAMITE | <input type="checkbox"/> 2 | 1 = SI |
| LABORAL | | 2 = NO | INVALIDEZ | | 2 = NO |

| | | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| FECHA DEL ACCIDENTE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TRABAJO O DEL TRAYECTO | DIA | | MES | | AÑO | |

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|--------------------------|--------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | TRAYECTO | <input type="checkbox"/> | 1 = SI |
| HORA MINUTOS | | | | | | 2 = NO |

| | | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | MES | | AÑO | | | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA
REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA VILLA LOS ARENEROS PASAJE LOS
HERNANDEZ 44, Buin

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-87378718

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 PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO | MEDICINA GENERAL ESPECIALIDAD | 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA |
| 02-24892564/ TELÉFONO/FAX | Anibal Pinto 436, Buin DIRECCIÓN | Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL | |

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

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

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

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



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 036502632-7

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 |
| RUN | TELEFONO |
| FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA) | |
| 3 1 0 1 2 0 2 0 | |
| 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

8

OCUPACION

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

17

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

| | |
|-------------------|--|
| 2 | 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P. |
| CÓDIGO | 5 |
| LETRA (CAJA PREV) | |
| NOMBRE | |
| INT. PREV. | HABITAT |

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

1

0 1 0 1 2 0 1 3

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

SEGURO DE DESEMPLEO

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

| | |
|------------------------------------|--|
| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 | |
| D | A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR |

| | |
|------------------------------|---|
| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 | |
| | E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR |

EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA 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.

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

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|------|---------|--|---|----------------------------------|---------|
| | MES | AÑO | N° DÍAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO | N° DÍAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| 5 | 10 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 866.271 | \$ 0 | 0 |
| 5 | 11 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 488.868 | \$ 0 | 0 |
| 5 | 12 | 2019 | 30 | \$ 0 | \$ 883.482 | \$ 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

% DESAHUCIO

0 0

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

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

| CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES | | | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---|-----|---------|--|---|----------------------------------|---------|
| | MES | AÑO | N° DÍAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO | N° DÍAS |
| | | | | | | | |
| | A | | | B | C | D | E |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 1 = SI
2 = NO

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

| TOTAL DIAS | DESDE | | | HASTA | | |
|------------|-------|-----|------|-------|-----|------|
| | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 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 |

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
N° 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 PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:
LICENCIA Nro.: 3-036502632
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:
INSTITUCIÓN SALUD:
FECHA DE INGRESO:
NACIONALIDAD:

ROJAS CANDIA MAURICIO ESTEBAN
DEL 31/01/2020 AL 31/01/2020
AFP HABITAT Porc.Prev: 11,27
FONASA Plan: 7%
22/08/2017
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 | | | | |
| 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 | | VALOR SUBSIDIO DIARIO | | |
| PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: | 608.694 | LIQUIDO | PREVISIÓN | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73) | | 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 Ornat | Bienios | 3 |
| Grado | 18,6 | | AFP. | AFP HABITAT |
| Días Trabajados | 31 | | Isapre | FONASA |
| Escalafón | AUXILIARES | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | |

| HABERES | | | DESCUENTOS | | |
|--------------------------|----|---------|-------------------------|-------|--------|
| 001 SUELDO BASE | | 214.901 | 002 IMPOSICIONES | 11.27 | 97.629 |
| 003 BIENIOS | 3 | 12.894 | 004 SALUD | | 60.639 |
| 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 | | 48.322 |
| 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. Salud | Líquido 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 Ornat | Bienios | 3 |
| Grado | 18,6 | | AFP. | AFP HABITAT |
| Dias Trabajados | 30 | | Isapre | FONASA |
| Escalafón | AUXILIARES | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | 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 MUNICIPA | | 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 | Líquido a Pagar |
| 579.053 | 488.868 | 488.868 | 437.211 |

Horas/Dias
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 Ornat | Bienios | 3 |
| Grado | 18,1 | | AFP. | AFP HABITAT |
| Días Trabajados | 31 | | Isapre | FONASA |
| Escalafón | AUXILIARES | | Modalidad | |
| Jornada | 44 | | Pactado | |

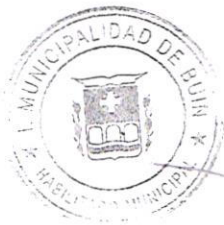
| HABERES | | | DESCUENTOS | | |
|--------------------------|---|---------|-------------------------|-------|--------|
| 001 SUELDO BASE | | 220.918 | 001 IMPTO. UNICO | | 3.543 |
| 003 BIENIOS | 3 | 13.255 | 002 IMPOSICIONES | 11.27 | 99.569 |
| 004 INCREMENTO | | 47.497 | 004 SALUD | | 61.844 |
| 005 ASIGNACION MUNICIPAL | | 85.430 | 021 Asoc. de Func. Muni | | 1.075 |
| 009 BON ART04 LEY 18717 | | 62.452 | 025 HDI Condu ANTIC | | 1.259 |
| 013 ASIGNA.FAMIL. | 1 | 2.398 | 032 Cuota Bienes antic | | 4.418 |
| 017 BONIF. ART.10 LEY 1 | | 14.008 | 048 C.C.A.F. DE LOS AND | | 48.362 |
| 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. Salud | Líquido 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