



Ilustre Municipalidad
de Buin

Recursos Humanos

702825

31 DIC 2021

BUIN,

DECRETO ALC N° 3247 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 62 letras i) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones, Código del Trabajo.

CONSIDERANDO:

1.- El Decreto ALC. N° 2773 de fecha 23 de Octubre de 2018, en donde el señor Alcalde delega atribuciones y facultades alcaldicias en el Administrador Municipal, don Juan Rodrigo Astudillo Araya, en el sentido de Dictar resoluciones relativas a personal municipal.

2.- Licencia Médica FOLIO N° 3 - 062081077-0; y FOLIO N° 3 - 062840407-0, presentadas por la persona que se menciona, de las cuales se adjunta copia.

D E C R E T O

Decrétese Licencias Médicas por la persona que se menciona en el recuadro:

Nombre	RUT N°	Fecha Inicio	Fecha termino	N° de días
Julia M. Rosales Vega		20/11/2021	10/12/2021	21 días
		11/12/2021	25/12/2021	15 días

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/VVS/VFG/ams/cmt

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Recursos Humanos





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 062081077-0

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

ROS SALES	VEGA	JULIA MER CED	9 2 8 2 5 2 0	- 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
2 3 1 1 2 0 2 1	2 0 1 1 2 0 2 1	6 0	F	FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
21	V E I N T I U N O			Nº DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA	
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA
	<input type="checkbox"/> B = TARDE
	<input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	
<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	<input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°, DEPTO, COMUNA	
LOS ROBLES UNIOS 0581,	
Buin	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-33098803	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CHE LEON	POLETTI	HUGO	1 4 6 1 7 9 9 7	- 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
19944-3				RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		CIRUGÍA GENERAL
22-8212743/		Maipú 251, Buin		ESPECIALIDAD
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		Documento firmado electrónicamente
				FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

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

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 062081077-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN	RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
69072500	-2 2-28218441	25112021
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
CARLOS CONDELL	415	BUIN
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
BUIÑ	COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

OCCUPACION

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

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

REGIMEN PREVISIONAL

<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP.
<input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

SEGURO DE DESEMPLERO

- | | |
|---|---------------------------------|
| Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1 = SI | <input type="checkbox"/> 2 = NO |
| Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1 = SI | <input type="checkbox"/> 2 = NO |

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
<input checked="" type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD
<input type="checkbox"/> B = ISAPRE
<input type="checkbox"/> C = C.C.A.E.
<input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR

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

COMPIN

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 062081077-0


CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DIAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DIAS
	A			B	C	D	E
8	08	2021	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
8	09	2021	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
8	10	2021	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DIAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº 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 trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	22	10	2021	20	11	2021
30	20	09	2021	19	10	2021
30	21	08	2021	19	09	2021
30	22	07	2021	20	08	2021
30	22	06	2021	21	07	2021

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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : SERVICIO METROPOLITANO DE SALUD SUR - Hospital San Luis
de Buin

Fecha Otorgamiento : 23-11-2021 14:06 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : Ilustre Municipalidad de Buin

ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR

Ilustre Municipalidad de Buin (RUT 69072500-2)

1. Datos Profesional

Profesional : Che leon poletti, Hugo
Rut : 14617997-5
Especialidad : CIRUGÍA GENERAL
Dirección : Maipú 251, Buin - Tel: 22-8212743

2. Datos Trabajador

Nombre : ROSALES VEGA, JULIA MERCEDES
Rut : 9282520-5
Edad : 60
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-11-2021 Lugar : Domicilio
Nº Días : 21 Dirección : LOS ROBLES UNIOS 0581, Buin
Fecha término : 10-12-2021 Teléfono : 09-33098803
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 10-12-2021 01:51 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos de pronunciamiento

Nº Resolución	: 39-3115604	Causa del Rechazo	:
Fecha Resolución	: 09-12-2021	Pendiente por	:
Desde	: 20-11-2021	Derecho a subsidio	: A
Hasta	: 10-12-2021	Reposo	: Reposo Total
Días Autorizados	: 21 días	Días previos	: 0

Estimado trabajador:

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

Estimado Empleador:

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

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **62081077-0** y código de verificación: **3b3f50**

El que incurra en las falsoedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ROSALES VEGA JULIA RUT: 9.282.520-5
LICENCIA Nro.: 3-062081077 DEL 20/11/2021 AL 10/12/2021 Nro.DIAS 21
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PROVIDA Porc.Prev:
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan:
FECHA DE INGRESO: 01/02/2016
NACIONALIDAD: SEXO: M

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 10/2021	MES/AÑO 09/2021	MES/AÑO 08/2021
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	0	0	0
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	0	0	0
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)	0	0	0
N				
E	II 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	0	0	0
R	4) DESAHUCIO	0	0	0
A	5) SALUD	0	0	0
C	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	0	0	0
A				
C	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	0	0	0
	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO	
	PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)	0	LIQUIDO 0	PREVISIÓN 0
				SALUD 0



FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA