



Ilustre Municipalidad
de Buin

Recursos Humanos

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.

DECRETO

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



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del Sr. Alcalde.



Nº 3 062081077-0

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROSALES APELLIDO PATERNO VEGA APELLIDO MATERNO JULIA MERCED NOMBRES 9282520 RUN
 23112021 FECHA OTORGAMIENTO 20112021 FECHA INICIO REPOSO 60 EDAD F SEXO
 21 N° DE DÍAS VEINTIUNO N° 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)

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 LOS ROBLES UNIOS 0581,
Buin

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-33098803

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C H E L E O N	P O L E T T Y	H U G O	1 4 6 1 7 9 9 7	- 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
19944-3		CIRUGÍA GENERAL	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">1</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div>1 = MÉDICO</div> <div>2 = DENTISTA</div> <div>3 = MATRONA</div> </div>	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
22-8212743/	Maipú 251, Buin		<i>Documento firmado electrónicamente</i> <div style="border-top: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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



N^o 3 062081077-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

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 8 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE
INT. PREV. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

SEGURO DE DESEMPLEO

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

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</p> <p><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</p>	<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</p> <p><input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR</p>
---	---

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	
--------------------------------------	--



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 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	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
	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

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 PERÍODO 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	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 = 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
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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 062081077-0

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 poletty, 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
N° Dias : 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

N° 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 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 cometiére 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
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: ROSALES VEGA JULIA
LICENCIA Nro.: 3-062081077 DEL 20/11/2021 AL 10/12/2021
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PROVIDA Porc.Prev:
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan:
FECHA DE INGRESO: 01/02/2016
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: 9.282.520-5
Nro.DIAS 21

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 10/2021	MES/AÑO 09/2021	MES/AÑO 08/2021
I R E M U N E R A C I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	0	0	0
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	0	0	0
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	0	0	0
II D E S C U E N O	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	0	0	0
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD	0	0	0
	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	0	0	0
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		0	0	0
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA:		LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73)		0	0	0



FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA