



Illustre Municipalidad  
de Buin

Recursos Humanos

**BUIN,**

04 JUL 2022

**DECRETO ALC N° 1837** / 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.- 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.- Licencias Médicas presentadas por los funcionarios que se nombran, de la cual se adjuntan copias.

**DECRETO**

Decrétese Licencias Médicas de los funcionarios municipales que se mencionan en el recuadro:

Nombre	RUT N°	Fecha Inicio	Fecha Término	N° de días
Arias Vallejos Iván		02/05/2022	31/05/2022	30 días
Barrios Martínez Cecilia		31/05/2022	29/06/2022	30 días

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



**GERONIMO MARTINI GORMAZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

JAA/GMG/VVS/VFG/mjac

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Recursos Humanos



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



# Licencia Médica

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



N° 3 069732186-1

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A R I A S				V A L L E J O S				I V Á N B R U C I S				RUN			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES							
0 3 0 5 2 0 2 2				0 2 0 5 2 0 2 2				5 3		M					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
3 0		T R E I N T A												Documento firmado electrónicamente	
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS												FIRMA TRABAJADOR	

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
FECHA NACIMIENTO															

### A.3 TIPO LICENCIA

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

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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;N°;DEPTO;COMUNA		camino acuelo el vinculo					
sitio 4, Paine							
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		09-49450950					

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

V E R D I				M A N D I O L A				S T E F A N O				RUN			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES							
35130k								CIRUGÍA GENERAL				1			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
02-2184416/				Arturo Prat 607, Buin				Documento firmado electrónicamente				FIRMA PROFESIONAL			
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.







MUNICIPALIDAD DE BUIN

Personal,  
69072500-2

Tramitada 04/05/2022  
17.35 hrs

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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ARIAS VALLEJOS IVAN BRUCIS  
LICENCIA Nro.: 3-69732186 DEL 02/05/2022 AL 31/05/2022  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: modelo Porc.Prev: 10,58  
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%  
FECHA DE INGRESO: 01/07/2017  
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT:  
Nro.DIAS 30

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 04/2022	MES/AÑO 03/2022	MES/AÑO 02/2022
I R E M U N E R A C I O	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	30	31	28
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	568.116	568.116	542.795
	- 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 )	568.116	568.116	542.795

II D E S C U E N T O	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	60.107	60.107	57.428
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	39.768	39.768	37.996
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	99.875	99.875	95.424

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

TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )		468.241	468.241	447.371
---	--	---------	---------	---------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
		LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
461.284		15.376	2.004	1.326



FIRMA DEL EMPLEADOR

04/05/2022

FECHA

**LIQUIDACION DE REMUNERACIONES**

Correspondiente a ABRIL 2022

Nombre	ARIAS VALLEJOS IVAN BRUCIS	Cargas	1
Rut	Ubicación: Dir. Administracion y Finanzas	Bienios	2
Grado	18,I	AFP.	modelo
Dias Trabajados	30	Isapre	FONASA
Escalafón	ADMINISTRATIVO	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES			DESCUENTOS		
001	SUELDO BASE	240.723	002	IMPOSICIONES	60.107
003	BIENIOS	9.629	004	SALUD	39.768
004	INCREMENTO	51.755	018	Coopeuch Ltda ANTIC	113.240
005	ASIGNACION MUNICIPAL	93.089	021	As Func.M. antic	1.204
009	BON ART04 LEY 18717	68.050	032	Cuota Bienes antic	4.814
013	ASIGNA.FAMIL.	2.786	048	C.C.A.F. DE LOS AND	39.488
017	BONIF. ART.10 LEY 1	15.264			
022	BON ART.03 LEY 1856	5.635			
025	BONIF. LEY 19.529	58.650			
125	Retroactivo bono Ar	25.321			

Total Haberes	570.902	Total Descuentos	258.621
---------------	---------	------------------	---------

Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Liquido a Pagar
568.116	568.116	568.116	312.281

Detalle Jornada : Dir. Administracion y Finanzas - EE.CONTRATA:44 h

SON: TRESCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME

**LIQUIDACION DE REMUNERACIONES**

Correspondiente a MARZO 2022

Nombre	ARIAS VALLEJOS IVAN BRUCIS	Cargas	1
Rut	Ubicación: Dir. Administracion y Finanzas	Bienios	2
Grado	18,1	AFP.	modelo
Dias Trabajados	31	Isapre	FONASA
Escalafón	ADMINISTRATIVO	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES			DESCUENTOS		
001	SUELDO BASE	240.723	002	IMPOSICIONES	60.107
003	BIENIOS	9.629	004	SALUD	39.768
004	INCREMENTO	51.755	018	Coopeuch Ltda ANTIC	113.240
005	ASIGNACION MUNICIPA	93.089	021	As Func.M. antic	1.204
009	BON ART04 LEY 18717	68.050	032	Cuota Bienes antic	4.814
013	ASIGNA.FAMIL.	2.992	048	C.C.A.F. DE LOS AND	39.488
017	BONIF. ART.10 LEY 1	15.264			
022	BON ART.03 LEY 1856	5.635			
025	BONIF. LEY 19.529	58.650			
125	Retroactivo bono Ar	25.321			

<b>Total Haberes</b>	571.108	<b>Total Descuentos</b>	258.621
----------------------	---------	-------------------------	---------

Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Líquido a Pagar
568.116	568.116	568.116	312.487

Detalle Jornada : Dir. Administracion y Finanzas - EE.CONTRATA:44 h

S O N : T R E S C I E N T O S D O C E M I L C U A T R O C I E N T O S O C H E N T A Y S I E T E P E S O S



**HABILITADO**

**RECIBI CONFORME**

**LIQUIDACION DE REMUNERACIONES**

Correspondiente a FEBRERO 2022

Nombre	ARIAS VALLEJOS IVAN BRUCIS	Cargas	1
Rut	Ubicación: Dir. Administracion y Finanzas	Bienios	2
Grado	18,1	AFP.	modelo
Dias Trabajados	28	Isapre	FONASA
Escalafón	ADMINISTRATIVO	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES			DESCUENTOS		
001	SUELDO BASE	240.723	002	IMPOSICIONES	57.428
003	BIENIOS	9.629	004	SALUD	37.996
004	INCREMENTO	51.755	018	Coopeuch Ltda ANTIC	113.240
005	ASIGNACION MUNICIPAL	93.089	021	As Func.M. antic	1.204
009	BON ART04 LEY 18717	68.050	032	Cuota Bienes antic	4.814
013	ASIGNA.FAMIL.	2.683	048	C.C.A.F. DE LOS AND	39.488
017	BONIF. ART.10 LEY 1	15.264			
022	BON ART.03 LEY 1856	5.635			
025	BONIF. LEY 19.529	58.650			

Total Haberes	545.478	Total Descuentos	254.170
---------------	---------	------------------	---------

Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Líquido a Pagar
542.795	542.795	542.795	291.308

Detalle Jornada : Dir. Administracion y Finanzas - EE.CONTRATA:44 h

SON: DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS



HABILITADO

RECIBI CONFORME



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA  
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 071042520-5

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

B A R R I O S				M A R T I N E Z				C E C I L I A D E L				RUN			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
3 0 0 5 2 0 2 2				3 1 0 5 2 0 2 2				4 9		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
3 0		T R E I N T A													
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS													

*Documento firmado electrónicamente*  
FIRMA TRABAJADOR

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667)

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

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA <u>patricio vega gonzalez 972</u>	
<u>los ciruelos, Buin</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-73633912</u>	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Z A B A L E T A				O R O Z C O				J U A N D I E G O				RUN			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
35409-0								PSIQUIATRÍA				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD				FIRMA PROFESIONAL			
				Manuel Montt 299, Local 14, Buin				DIRECCIÓN				<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
TELÉFONO/FAX															

**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 071042520-5

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUN: CARLOS CONDELL

TELEFONO: 415 DEPTO. 415, BUIN

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA): 30052022

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: BUIN

COMUNA: BUIN

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

7

#### 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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL: 2 = 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. / 1

SEGURO DE DESEMPLEO: Trabajador afiliado a AFC: 2 = SI / 2 = NO / Contrato de duración indefinida: 1 = SI / 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA): 17031999 / FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA): 17031999

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7: 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



Nº 3 071042520-5

## 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 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	N° DÍAS
8	02	2022	30	\$ 0	\$ 891.147	\$ 0	0
8	03	2022	30	\$ 0	\$ 891.147	\$ 0	0
8	04	2022	30	\$ 0	\$ 891.147	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	.	0
---	---	---

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

891.147
---------

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 PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
30	31	03	2022	29	04	2022
30	01	03	2022	30	03	2022
30	30	01	2022	28	02	2022
90	01	11	2021	29	01	2022
90	03	08	2021	31	10	2021
90	05	05	2021	02	08	2021

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 071042520-5

Sucursal : Servicios Médicos Integrales e Inversiones Nueva Vida SPA -  
Servicios Médicos Integrales e Inversiones Nueva Vida SPA

Fecha Otorgamiento : 30-05-2022 17:44 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

## 1. Datos Profesional

Profesional : ZABALETA OROZCO, JUAN DIEGO  
Rut  
Especialidad : PSIQUIATRÍA  
Dirección

## 2. Datos Trabajador

Nombre : BARRIOS MARTÍNEZ, CECILIA DEL CARMEN  
Rut  
Edad : 49  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 31-05-2022 Lugar : Domicilio  
N° Días : 30 Dirección  
Fecha término : 29-06-2022 Teléfono  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago  
Fecha Última Modificación : 10-06-2022 14:05 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador  
Fecha de Recepción : 30-05-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 31-05-2022 12:27 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 39-1524194 Causa del Rechazo :  
Fecha Resolución : 10-06-2022 Pendiente por : P2 - SOLICITAR ANTECEDENTES  
Desde : 31-05-2022  
Hasta : 29-06-2022 Derecho a subsidio : C  
Días Autorizados : 30 días Reposo : Reposo Total  
Días previos : 0

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **71042520-5** y código de verificación: **ef94b3**

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 PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 19.378

†

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: BARRIOS MARTÍNEZ CECILIA DEL CARMEN  
LICENCIA Nro.: 3-71042520 DEL 31/05/2022 AL 29/06/2022  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PROVIDA Porc.Prev: 11,45  
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%  
FECHA DE INGRESO: 01/04/1999  
NACIONALIDAD: SEXO: F

RUT:  
Nro.DIAS 30

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 04/2022	MES/AÑO 03/2022	MES/AÑO 02/2022
I R E M U N E R A C I O	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	30	31	28
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	891.147	891.147	891.147
	- 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 )	891.147	891.147	891.147

II D E S C U E N T E	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	102.036	102.036	102.036
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	62.380	62.380	62.380
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	164.416	164.416	164.416

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

TOTAL REMUNERACIONES NETAS ( I - II - III )	726.731	726.731	726.731
---	---------	---------	---------

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/73 )	726.731	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
		LIQUIDO 24.224	PREVISIÓN 3.401	SALUD 2.079

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

31-05-2022

**LIQUIDACION DE REMUNERACIONES**

Correspondiente a ABRIL 2022

Nombre	BARRIOS MARTÍNEZ CECILIA DEL CARMEN	Cargas	0
Rut	Ubicación: Dideco	Bienios	8
Grado	13,0	AFP.	AFP PROVIDA
Días Trabajados	30	Isapre	FONASA
Escalafón	ADMINISTRATIVO	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	353.780	002 IMPOSICIONES	11.45 102.036
003 BIENIOS 8	56.605	004 SALUD	62.380
004 INCREMENTO	76.063	018 Coopeuch Ltda ANTIC	293
005 ASIGNACION MUNICIPA	208.638	019 mutual seg. antic	34.949
009 BON ART04 LEY 18717	81.273	021 As Func.M. antic	1.769
017 BONIF. ART.10 LEY 1	40.671	032 Cuota Bienes antic	7.076
022 BON ART.03 LEY 1856	15.467		
025 BONIF. LEY 19.529	58.650		

Total Haberes	891.147	Total Descuentos	208.503
---------------	---------	------------------	---------

Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Líquido a Pagar
891.147	891.147	891.147	682.644

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON: SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS



**HABILITADO**

**RECIBI CONFORME**

**LIQUIDACION DE REMUNERACIONES**

Correspondiente a MARZO 2022

<b>Nombre</b>	BARRIOS MARTÍNEZ CECILIA DEL CARMEN	<b>Cargas</b>	0
<b>Rut</b>	Ubicación: Dideco	<b>Bienios</b>	8
<b>Grado</b>	13,1	<b>AFP.</b>	AFP PROVIDA
<b>Días Trabajados</b>	31	<b>Isapre</b>	FONASA
<b>Escalafón</b>	ADMINISTRATIVO	<b>Modalidad</b>	
<b>Jornada</b>	44	<b>Pactado</b>	

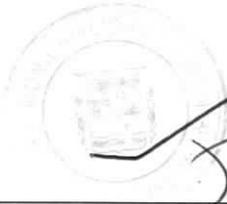
HABERES			DESCUENTOS		
001 SUELDO BASE		353.780	002 IMPOSICIONES	11.45	102.036
003 BIENIOS	8	56.605	004 SALUD		62.380
004 INCREMENTO		76.063	018 Coopeuch Ltda ANTIC		293
005 ASIGNACION MUNICIPA		208.638	019 mutual seg. antic		34.698
009 BON ART04 LEY 18717		81.273	021 As Func.M. antic		1.769
017 BONIF. ART.10 LEY 1		40.671	032 Cuota Bienes antic		7.076
022 BON ART.03 LEY 1856		15.467			
025 BONIF. LEY 19.529		58.650			

<b>Total Haberes</b>	891.147	<b>Total Descuentos</b>	208.252
----------------------	---------	-------------------------	---------

Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Salud	Líquido a Pagar
891.147	891.147	891.147	682.895

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

  
**HABILITADO**

**RECIBI CONFORME**

**LIQUIDACION DE REMUNERACIONES**

Correspondiente a FEBRERO 2022

Nombre	BARRIOS MARTÍNEZ CECILIA DEL CARMEN	Cargas	0
Rut	Ubicación: Dideco	Bienios	8
Grado	13,1	AFP.	AFP PROVIDA
Días Trabajados	28	Isapre	FONASA
Escalafón	ADMINISTRATIVO	Modalidad	
Jornada	44	Pactado	

HABERES		DESCUENTOS	
001 SUELDO BASE	353.780	002 IMPOSICIONES	11.45 102.036
003 BIENIOS 8	56.605	004 SALUD	62.380
004 INCREMENTO	76.063	018 Coopeuch Ltda ANTIC	293
005 ASIGNACION MUNICIPAL	208.638	019 mutual seg. antic	34.528
009 BON ART04 LEY 18717	81.273	021 As Func.M. antic	1.769
017 BONIF. ART.10 LEY I	40.671	032 Cuota Bienes antic	7.076
022 BON ART.03 LEY 1856	15.467		
025 BONIF. LEY 19.529	58.650		

Total Haberes	891.147	Total Descuentos	208.082
---------------	---------	------------------	---------

Total Tributable	Total Imp. Prev.	Total Imp. Sahid	Líquido a Pagar
891.147	891.147	891.147	683.065

Detalle Jornada : Dideco - EE.PLANTA:44 h

SON: SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SESENTA Y CINCO PESOS



**HABILITADO**

**RECIBI CONFORME**