



MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
DEPARTAMENTO DE EDUCACION

DE: 833

04/11/13

RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO N° 0 0 2 4 1 0  
Litueche, 2 5 NOV 2013

**VISTOS:** El D.F.L. N° 1-3.063/1980 del Ministerio del Interior sobre traspaso de los establecimientos educacionales; Lo señalado en el artículo 195 del Código del Trabajo, sobre permiso pagado por nacimiento de un hijo; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación y sus posteriores modificaciones"; La ley 19.464/1996 que establece normas para el personal no docente de establecimientos educacionales y sus modificaciones; El DECRETO 3 de 1984, que aprueba reglamento de autorización de Licencias Médicas por la Compín e Instituciones de Salud Previsional, modificado mediante el decreto 168 del 2006; La ley N° 16.744, Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales; La Ley N° 19.345 que dispone de la ley 16.744 a trabajadores del sector público; el artículo 12 de la Ley N° 18.196, sobre reajustabilidad del subsidio por incapacidad laboral fuera del plazo legal; Decreto Alcaldicio N°. 2.621, de fecha 06 de Diciembre del 2012, que asume Alcalde; y, lo dispuesto en la Ley N°. 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones posteriores.

**CONSIDERANDO:** Las Licencias médicas presentadas por los funcionarios municipales dependientes del departamento de educación, autorizadas y adjuntas.

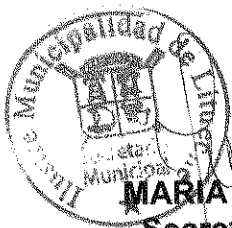
**DECRETO:**

1.- **CONCEDESE**, el uso de las Licencias médicas de los siguientes funcionarios municipales del departamento de educación, que se individualizan a continuación.

| Nombre Funcionario     | C. Identidad | Cargo        | N° Licencia | Total Días | Desde    | Hasta    |
|------------------------|--------------|--------------|-------------|------------|----------|----------|
| Gloria González Solís  | 06.836.615-1 | A. Educación | 2003981-7   | 30         | 30/10/13 | 28/11/13 |
| Julia Bustamante Muñoz | 11.952.308-7 | Docente      | 2011819-9   | 30         | 01/11/13 | 30/11/13 |
| Gloria Garrido Araya   | 08.595.805-4 | Docente      | 2010907-6   | 14         | 04/11/13 | 17/11/13 |
| Facundo Rojas Ramírez  | 14.541.129-7 | Docente      | 31865947    | 11         | 30/10/13 | 09/11/13 |

2.- **ENTREGASE**, copia del presente decreto Alcaldicio a la habilitada de Educación para su devengamiento y la oportuna recepción de los montos correspondientes a licencias médicas.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



MARIA S. OLMEDO PIZARRO  
Secretaria Municipal



RENE ACUNA ECHEVERRIA  
Alcalde

RAE/MOP/RDD/sfm

**DISTRIBUCION:**

- Archivo DAEM
- Archivo Municipal



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 002003981-7

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| G O N Z A L E Z    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | S O L I S              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | G L O R I A E S T E R |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 8 3 6 6 1 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| APELLIDO PATERNO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RUN           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 2 8 1 0 2 0 1 3    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 0 1 0 2 0 1 3        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 1                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | F             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| FECHA OTORGAMIENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA INICIO REPOSO    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | EDAD                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SEXO          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 3 0                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | T R E I N T A          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| N° DE DÍAS         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 HIJO MENOR DE 1 AÑO |  |
| 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO |  |
| 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL               |  |
| 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO               |  |

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

|                                            |     |     |     |  |  |
|--------------------------------------------|-----|-----|-----|--|--|
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO |     |     |     |  |  |
|                                            | DÍA | MES | AÑO |  |  |

|      |         |          |                  |  |  |
|------|---------|----------|------------------|--|--|
|      |         |          |                  |  |  |
| HORA | MINUTOS | TRAYECTO | 1 = SI<br>2 = NO |  |  |

|                        |     |     |  |  |  |
|------------------------|-----|-----|--|--|--|
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN |     |     |  |  |  |
|                        | MES | AÑO |  |  |  |

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

|                                                        |  |
|--------------------------------------------------------|--|
| 1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL |  |
|--------------------------------------------------------|--|

|                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL | A = MAÑANA<br>3 = TARDE<br>C = NOCHE |
|--------------------------|--------------------------------------|

|                 |                                                        |
|-----------------|--------------------------------------------------------|
| LUGAR DE REPOSO | 1 = SU DOMICILIO<br>2 = HOSPITAL<br>3 = OTRO DOMICILIO |
|-----------------|--------------------------------------------------------|

|                           |  |
|---------------------------|--|
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) |  |
|---------------------------|--|

|                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA | CASERIO TALCA |
|-------------------------------------|---------------|

|          |  |
|----------|--|
| Litueche |  |
|----------|--|

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) |  |
|-----------------------------------|--|

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| G R E Z                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | G U T I E R R E Z         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R O D R I G O A L E J              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 2 2 2 5 8 6 1                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 |
| APELLIDO PATERNO         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RUN                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 20757-8                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CORREO ELECTRÓNICO        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ESPECIALIDAD                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 = MÉDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 8325147/                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ortuzar N. Melipilla      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Documento firmado electrónicamente |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| TELÉFONO/FAX             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DIRECCIÓN                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FIRMA PROFESIONAL                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

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

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 002003981-7

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

|                                                |            |                                                        |  |
|------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------|--|
| MUNICIPALIDAD DE LIMA                          |            | RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR                                 |  |
| 0909/1000                                      | 72-249/340 | 30/02/2013                                             |  |
| RUN                                            | TELEFONO   | FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA) |  |
| HERNANDEZ CARRERA                              |            | 757                                                    |  |
| DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR |            |                                                        |  |
| LIMA                                           |            | CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN                              |  |
| COMUNA                                         |            |                                                        |  |

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.  
1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.  
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.  
3 = CONSTRUCCIÓN.  
4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.  
5 = COMERCIO.  
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.  
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TÉCNICOS 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 = TÉCNICO.  
15 = VENDEDORES.  
16 = ADMINISTRATIVO.  
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.  
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.  
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

ASISTENTE DE EDUCACIÓN

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

##### REGIMEN PREVISIONAL

☒ 1= D.L. 3501 INP.  
2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO ☐ LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. REDA

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

01/03/2013

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☒ 1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☒ 1 = SI  
2 = NO

01/03/2013

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

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

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7</b>                                                                                                                                | <b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6</b>                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD<br><input type="checkbox"/> B = ISAPRE<br><input type="checkbox"/> C = C.C.A.E.<br><input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR | <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD<br><input type="checkbox"/> F = MUTUAL<br><input type="checkbox"/> G = INP<br><input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR |
| COMPIN                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

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



N° 3 002011819-9

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

|                                                         |                       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|
| RAZON SOCIAL EMPLEADOR                                  |                       |
| MUNICIPALIDAD DE LITUECHE                               |                       |
| RUN                                                     | 09091100 0 0722851360 |
| TELEFONO                                                | 04112013              |
| FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA) |                       |
| 04/11/2013                                              |                       |
| DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR          |                       |
| CAJAMA ALCONES 5/W                                      |                       |
| COMUNA                                                  | LITUECHE              |
| 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 TÉCNICOS 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 = VENDEADOR.
- 16 = ADMINISTRATIVO.
- 17 = OPERAR O, TRABAJADOR MANUAL.
- 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
- 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

☒ 12

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

##### REGIMEN PREVISIONAL

- ☒ 1 = D.L. 3501 INP.
- ☐ 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO

☐

LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE  
INT. PREV.

##### 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.

03031997

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

##### SEGURO DE DESEMPLEO

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

##### SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

- ☒ 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

MAJULDA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

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



N° 3 002011819-9

### 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 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 66 UF) | MONTO                            | N° DÍAS |
|                                |                                             |     |         |                                                                                                                            |                                                                     |                                  |         |
|                                | A                                           |     |         | B                                                                                                                          | C                                                                   | D                                | E       |
|                                | 08                                          | 13  | 30      |                                                                                                                            | 632.836                                                             |                                  |         |
|                                | 09                                          | 13  | 30      |                                                                                                                            | 632.836                                                             |                                  |         |
|                                | 10                                          | 13  | 30      |                                                                                                                            | 632.836                                                             |                                  |         |
|                                |                                             |     |         |                                                                                                                            |                                                                     |                                  |         |
|                                |                                             |     |         |                                                                                                                            |                                                                     |                                  |         |
|                                |                                             |     |         |                                                                                                                            |                                                                     |                                  |         |
|                                |                                             |     |         |                                                                                                                            |                                                                     |                                  |         |
|                                |                                             |     |         |                                                                                                                            |                                                                     |                                  |         |

% DESAHUCIO

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 99 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 66 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 |
| 11         | 19    | 08  | 13  | 29    | 08  | 13  |
| 06         | 05    | 09  | 13  | 10    | 09  | 13  |
| 21         | 11    | 08  | 13  | 01    | 10  | 13  |
| 30         | 02    | 10  | 13  | 31    | 10  | 13  |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |

MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
LITUECHE  
RAMÓN DONOSO DÍAZ  
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>

Firma:

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

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



N° 3 002010907-6

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |  |                        |  |              |  |         |  |   |
|--------------------|--|------------------------|--|--------------|--|---------|--|---|
| GARRIDO            |  | ARAYA                  |  | GLORIA ELADI |  | 8595805 |  | 4 |
| APELLIDO PATERNO   |  | APELLIDO MATERNO       |  | NOMBRES      |  | RUN     |  |   |
| 30102013           |  | 04112013               |  | 56           |  | F       |  |   |
| FECHA OTORGAMIENTO |  | FECHA INICIO REPOSO    |  | EDAD         |  | SEXO    |  |   |
| 14                 |  | CATORCE                |  |              |  |         |  |   |
| N° DE DÍAS         |  | 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 HIJO MENOR DE 1 AÑO  
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL  
7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

|                                            |                           |                          |                  |
|--------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|
| RECUPERABILIDAD LABORAL                    | 1 = SI<br>2 = NO          | INICIO TRAMITE INVALIDEZ | 2 = SI<br>2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO | DÍA MES AÑO               |                          |                  |
| HORA MINUTOS                               | TRAYECTO 1 = SI<br>2 = NO |                          |                  |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN                     | MES AÑO                   |                          |                  |

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

- 1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
- SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA  
B = TARDE  
C = NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE: N°: DEPTO: COMUNA PSJ 2 ORIENTE POB PUREN C-4,  
Chilán

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |  |                      |  |                           |  |                                                         |  |   |
|--------------------------|--|----------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|---|
| GREZ                     |  | GUTIERREZ            |  | RODRIGO ALEJ              |  | 12225861                                                |  | 0 |
| APELLIDO PATERNO         |  | APELLIDO MATERNO     |  | NOMBRES                   |  | RUN                                                     |  |   |
| 20757-8                  |  |                      |  |                           |  |                                                         |  |   |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL |  | CORREO ELECTRÓNICO   |  | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA |  | 1 = MÉDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA               |  |   |
| 8325147/                 |  |                      |  | Especialidad              |  |                                                         |  |   |
| TELÉFONO/FAX             |  | Ortuzar N, Melipilla |  | DIRECCIÓN                 |  | Documento firmado electrónicamente<br>FIRMA PROFESIONAL |  |   |

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

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>

Licencia Médica  
Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 002010907-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

|                                                         |                           |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|
| R. MUMBA PAULINA DE LUTUECHE                            |                           |
| RAZON SOCIAL EMPLEADOR                                  |                           |
| 0909/1992                                               | 222851320                 |
| RUN                                                     | TELÉFONO                  |
| 09/12/13                                                |                           |
| FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA) |                           |
| HERMANOS CARRERA 757                                    |                           |
| DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR          |                           |
| LUTUECHE                                                |                           |
| COMUNA                                                  | CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN |

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.  
1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.  
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.  
3 = CONSTRUCCIÓN.  
4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.  
5 = COMERCIO.  
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.  
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TÉCNICOS 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 = TÉCNICO.  
15 = VENDEDOR.  
16 = ADMINISTRATIVO.  
17 = OPERARIO TRABAJADOR MANUAL.  
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.  
19 = OTRO (ESPECIFICAR).



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

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REGIMEN PREVISIONAL                                                                                                                                                                                               | CALIDAD DEL TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SEGURO DE DESEMPLEO                                                                                                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP.<br><input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.<br>CÓDIGO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV.)<br>NOMBRE INT. PREV. CAPITAL | <input type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.<br><input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.<br><input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE. | Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br>2 = NO<br>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br>2 = NO |
| 07/08/1992                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 07/08/1992                                                                                                                                                             |
| FECHA PRIMERA AFILIACIÓN 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                                                                                                                                       | SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD<br><input type="checkbox"/> B = ISAPRE<br><input type="checkbox"/> C = C.C.A.E.<br><input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR | <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD<br><input type="checkbox"/> F = MUTUAL<br><input type="checkbox"/> G = INP<br><input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR |
| COMPIN                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



## Licencia Médica

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

**MINISTERIO DE SALUD**

**SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**  
**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

Nº 1 - 31865947

**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APPELLIDO PATERNO: [Handwritten: Nolasco]

APPELLIDO MATERNO: [Handwritten: Lopez]

NOMBRES: [Handwritten: Enrique]

FECHA INICIO DE REPOSO: [Handwritten: 30/11/13]

FECHA EMISION LICENCIA: [Handwritten: 30/11/13]

EDAD: [Handwritten: 37]

SEXO: [Handwritten: M]

Nº DE DIAS: [Handwritten: 11]

Nº DE DIAS EN PALABRAS: [Handwritten: once]

**A.2. IDENTIFICACION 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 |
| FECHA DE NACIMIENTO |                  |         |
| RUN                 |                  |         |

### A.3. TIPO DE LICENCIA

**1**

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

RECUPERABILIDAD LABORAL ☐ 1 = SI  
☒ 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ ☐ 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: CALLE, N°; DEPTO.: COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

**A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL**

APELLIDO PATERNO: CHAVEZ APELLIDO MATERNO: RODRIGUEZ NOMBRES: JOSE  
 RUN: 11129520 - W 2300-1

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

ESPECIALIDA'

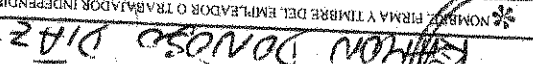
 = MEDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

Dr. FFI

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

  
 \*NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
 JONATHAN DONOSO DIAZ  
 DEPARTAMENTO DE TRABAJO  
 LICENCIADO EN ECONOMIA  
 1990

[illegible]

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

ON = 2  
IS = 1

Art. 13.- El empleador deberá presentar en cualquier momento ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.