



MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Departamento De Educación

DE: 757
24/09/13
RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO N° 1.987

Litueche, 26 de Septiembre del 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
Pamela Fuentes Rojas	11.631.033-3	Docente	42136506	03	23/09/13	25/09/13
Ivonne Gómez Fajardo	12.224.025-8	A. Educación	31865995	07	23/09/13	29/09/13
César Jara Vargas	09.838.005-1	A. Educación	31865996	15	23/09/13	07/10/13
Gloria Soto Ampuero	14.292.255-k	Docente	1890721	03	23/09/13	25/09/13
Alejandra Céspedes E.	14.568.662-8	A. Educación	40665384	25	24/09/13	18/10/13
Cecilia Donoso González	08.259.684-4	Docente	40277182	30	25/09/13	24/10/13
Ricardo Vargas Vera	08.032.489-8	Docente	31865882	15	25/09/13	09/10/13

- 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.

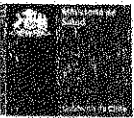
ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



MARIA S. OLMEDO PIZARRO



RENÉ ACUÑA ECHEVERRÍA



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2- 42136506

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

F U E N T E S				R O D A S				P A M E L A				1 1 6 3 1 0 3 3				3
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUT				
2 3 0 9 1 3				2 3 0 9 1 3				4 3				F				
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				EDAD				SEXO				
0 3				T R E S												
N° DE DIAS				N° DE DIAS EN PALABRAS												

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natus.

(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y juicio de adopción plena Ley 18.862)

																FECHA DE NACIMIENTO												
APELLIDO PATERNO																APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUT				

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMEN	
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 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO	

1

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

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

La Vega E
Puy y A S/N - Navina

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

94358101

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

S A N Z U R				F E L L				K A M E L							
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES							
1 6 4 3 1 4 1 5				2				3 1 7 6 4 - 1							
RUT				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO							
2 2 1 9 9 5 7				AV. MANUEL DANTON 2047											

Dr. Kamel Sanzur Fell
Médico Cirujano
Rut: 16.471.415-2

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RAMON DOMINGO DIAZ



FECHA DE EMISION				FECHA DE VENCIMIENTO				FECHA DE RECEPCION			
0 3 0 9 1 3				0 3 0 9 1 3				0 3 0 9 1 3			
HASTA				HASTA				HASTA			

ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1 = SI
2 = NO

1

LA LICENCIA ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



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 001890721-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A 1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

SOTO										AMPUERO										GLORIA PATRI										14292255										K
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										R.J.N.										
24092013										23092013										38										F										
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO										
03										TRES																														
N° 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										R.N.										
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	1 = SI	2 = NO	INICIO TRAMITE	1 = SI	2 = NO
LABORAL			INVALIDEZ		

FECHA DEL ACCIDENTE			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO

HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI	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	CARTAGENA SN.
Litueche	

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

A 5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

TRAVERSO										AGUILA										PATRICIA LOR										10910890										1
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										R.L.N.										

REG. COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRÓNICO

MEDICINA GENERAL

ESPECIALIDAD

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

09-99618788/

ALBERTO LLONA, Maipú

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TELÉFONO/FAX

DIRECCIÓN

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.



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 001890721-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

A. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE	
RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
RUN	TELEFONO
69041100 0	072-2851360
FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)	
25/09/2013	
SECTOR QUELENTADA S/V	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	
LITUECHE	
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

OCUPACION

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

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 NT. PREV. <u>HABITAT</u>	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 ☒ 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida ☒ 1 = SI 2 = NO
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) <u>04/05/2005</u>		FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA) <u>04/05/2005</u>

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN	
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
COMPIN	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	



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 001890721-6

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN 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
	06	13	30		625.678		
	07	13	30		625.678		
	08	13	30		625.678		

% 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)

TOTAL DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

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

☒ 1 = SI
☐ 2 = NO



NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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 periodo 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

N° 2 - 40665384

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

C	E	S	P	E	D	E	S	E	S	C	O	R	A	N	A	L	E	J	A	N	L	E	1	4	7	6	8	6	6	2	8																																																																		
APELLIDO PATERNO							APELLIDO MATERNO							NOMBRES							RUN																																																																												
2							5							0							9							1							3							3							7																																																
FECHA EMISION LICENCIA							FECHA INICIO DE REPOSO							DIA							MES							AÑO							EDAD							MOP							SEXO																																																
2							5							2							5							0							9							1							3							3							7																																		
Nº DE DIAS							Nº DE DIAS EN PALABRAS							V							E							I							N							T							E							Y							C							I							N							C							O						

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

[illegible]

A.3. TIPO DE LICENCIA

☒ 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
☐ 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 = 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. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA ☐

REPOSO PARCIAL ☐

A = MANANA
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 Santa Teresa
585 - Lirioche

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) : _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										FIRMA DEL TRABAJADOR																			
Pineda										Villalva										Cinco										1																			
8004171										B																																							
RUB										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRONICO																													
8323555										0466ms JSI																																							
TELEFO																																																	

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTROLORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

RAYMON DOMINGO DIAZ

[illegible]

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

ante el Servicio de Salud a Insapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

ONE 2

(S 4)

Licencia Médica

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas y 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

N° 1 - 31865882

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

DIA MES AÑO

EDAD

M ó P

SEXO

N° DE DIAS

N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 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 = 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

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

ESPECIALIDAD

- 1 = MEDICO
- 2 = DENTISTA
- 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARLAMENTO DE EDUCACION

LITUECHE

ARMANDO DONOSO DIAZ

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	03 06 13	05 06 13
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

1 = SI
2 = NO

ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

Debern presentar la licencia médica dentro de los días hábiles siguientes de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Debern presentar la licencia médica a su empleador. Debern presentar la licencia médica a su empleador. Debern presentar la licencia médica a su empleador.