



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE EDUCACION

DE: 384

15/04/2015

DECRETO ALCALDICIO N° 687

Litueche, 30 de Abril de 2015

Con esta fecha se ha decretado lo siguiente:

CONSIDERANDO : - Las Licencias médicas presentadas por la funcionaria administrativa del Departamento de Educación Municipal de Litueche, Doña Carolina Lisboa Lisboa, N°s 3882727 – 3921396 – 47022297 – 3994917 – 4022512 y 4082801.-

- **La discontinuidad de los días otorgados en estas Licencias Médicas presentadas por la funcionaria antes señalada.-**

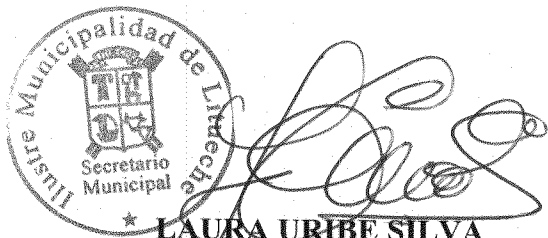
VISTOS

: Lo dispuesto en el DFL N° 13.063-80 del Ministerio del Interior sobre el traspaso de Los Establecimientos Educacionales, la Ley N° 19.070, sobre los profesionales de la Educación, Ley 19.410, El DFL N° 1, la Ley N° 19.464 de los funcionarios no Docentes, el Decreto Exento N° 2.621 de fecha 06 de Diciembre del 2.012 y el Decreto N° 44 de fecha 07/01/2015 que nombra Alcalde Subrogante y las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

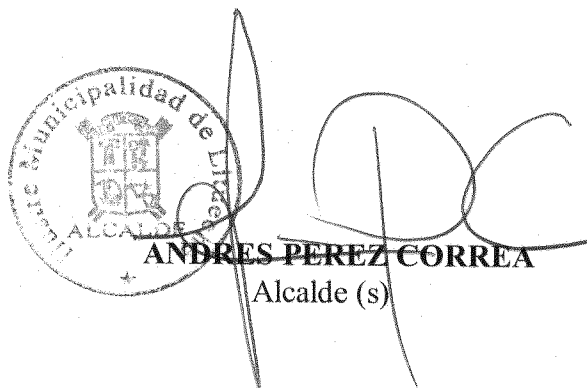
DECRETO:

- 1.- **Procédase** a efectuar descuento de sus remuneraciones, a la funcionaria Sra. Carolina Lisboa Lisboa, RUN N° 12.366.245-8, **equivalentes a 5 días de ausencia en forma alternada a sus labores como Administrativo** del Departamento de Educación Municipal de Litueche.-
- 2.- Enviase copia del presente Decreto a la Srta. Habilitada del Departamento de Educación para los fines correspondientes.-

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



LAURA URIBE SILVA
Secretaria Municipal



ANDRES PEREZ CORREA
Alcalde (s)

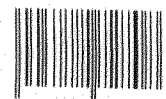
APC/LUS/REV/RPD/sfm.-

Distribución:

- Sra. Carolina Lisboa Lisboa
- Carpeta personal
- Archivo Daem
- Finanzas 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 003882727-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

L	I	S	B	O	A					L	I	S	B	O	A					C	A	R	O	L	I	N	A	D	E					1	2	3	6	6	2	4	5		8
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN													
1	9	0	3	2	0	1	5			1	9	0	3	2	0	1	5			4	1	F																					
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																					
0	7									S	I	E	T	E																													
Nº DE DÍAS										Nº 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
 2 = NO

INICIO TRAMITE ☐ 1 = SI
 INVALIDEZ 2 = NO

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 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA Calle Manquehue 01153,
Lituche

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-83362087

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

D	I	A	Z							H	E	R	N	A	N	D	E	Z			N	A	T	A	L	I	A		A	N	D	R			1	6	7	2	8	2	2	4		5
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN														
31348-3																																												
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										MEDICINA GENERAL										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA														
02-25745555/ TELÉFONO/FAX										San Agustín 421, Melipilla										Especialidad										Documento firmado electrónicamente														

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo 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 003882727-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RAZON SOCIAL EMPLEADOR
MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

RUN
69091100-0

TELEFONO
22-2851360

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)
23/03/2015

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
AVDA. DR. EDUARDO LARRAÍN 2320

COMUNA
LITUECHE

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

9

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).

16

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.

PLANVITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.634.
2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.634.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

02/01/2014

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

02/01/2014

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

- ☒ A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

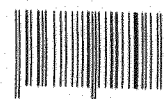
- ☐ E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

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 003882727-8

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. 1. 3063/80 ADECUADO, DEFE...

(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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
		A		B	C	D	E
	12	14	30		457.121		
	01	15	30		429.833		
	02	15	28		398.840		

% DESAHUCIO			

Remuneración imponible
previsional 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

[illegible]

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)

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
07	21	01	15	27	01	15
15	28	01	15	11	02	15
15	12	02	15	26	02	15
05	02	03	15	06	03	15
03	09	03	15	11	03	15
07	12	03	15	18	03	15




 RAMON DONOSO DIAZ

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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 003921396-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

L I S B O A										L I S B O A										C A R O L I N A D E										1 2 3 6 6 2 4 5										8	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
3 0 0 3 2 0 1 5										2 6 0 3 2 0 1 5										4 1		F																			
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																			
0 8										O C H O																															
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS																																							

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

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	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;Nº;DEPTO.COMUNA calle manquehue 0153.,
Litueche

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-83362087

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S	A	N	M	A	R	T	I	N	M	E	R	Y							A	N	D	R	E	S	A	L	E	J	A	1	6	4	7	0	1	3	3	-	6
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO								NOMBRES							RUN															
33510-K																										MEDICINA GENERAL										1	1 = MÉDICO		
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO								ESPECIALIDAD																	2 = DENTISTA	3 = MATRONA				
02-29281600/									San Agustín 442, Melipilla																	Documento firmado electrónicamente													
TELÉFONO/FAX									DIRECCIÓN																	FIRMA PROFESIONAL													

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: 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 periodo de vigencia.

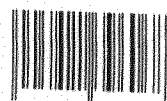
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



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 003921396-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE		RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
69091000	072-2851380	30/03/2015	
RUN	TELÉFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)	
AUDA OB. EDUARDO LATAIN N° 250		DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	
LITUECHE		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

OCUPACIÓN

- 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

☒ 1 = D.L. 3501 INP.	CÓDIGO	LETRA (CAJA PREV)
2 = D.L. 3500 A.F.P.		
NOMBRE INT. PREV.	PLANVITAL	

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.

SEGURO DE DESEMPLEO

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

02012014

02012014

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	
☒ 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	

C O M P I N
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 003921396-6

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 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E
	12	14	30		457.121		
	01	15	30		420.033		
	02	15	28		348.846		

% DESAHUCIO

Remuneración imponible previsional 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 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 PUBLICOS	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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	28	01	15	11	02	15
15	12	02	15	26	02	15
05	02	03	15	06	03	15
03	09	03	15	11	03	15
07	12	03	15	18	03	15
07	19	03	15	25	03	15

RAMON DONOSO DIAZ

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 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

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

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)

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 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ
HORA MINUTOS	TRAYECTO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	1 = SI 2 = NO

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 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA Manquehua 0153, Litueche,
Litueche

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

[illegible]

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 periodo 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 003994917-2

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE LITUECHE	
RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
69047100-0	281360
RUN	TELEFONO
15042015	
FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)	
OBISPO EDUARDO LARRAÍN	
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

☒ 6

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

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

CÓDIGO ☐ LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. A.T.P. PLANCUITAL

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.

02012014

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (CDMMAAAA) 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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7

- ☒ A = SERVICIO DE SALUD
☐ B = ISAPRE
☐ C = C.C.A.E.
☐ D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 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 003994917-2

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- 3083/80 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
	03	2015	30		389.510.		
	02	2015	30		348.846.		
	01	2015	30		429.833.-		

% 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.

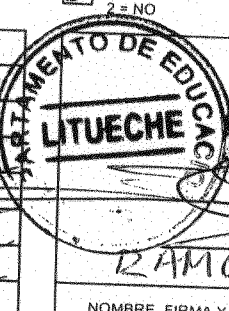
C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
05	02	03	15	06	03	15
03	09	03	15	11	03	15
07	12	03	15	18	03	15
07	19	03	15	25	03	15
08	26	03	15	02	04	15
07	06	04	15	12	04	15



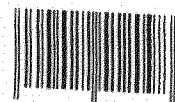
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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. 13 D.S. N° 3/1984



N° 3 004022512-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

L I S B O A				L I S B O A				C A R O L I N A D E				1 2 3 6 6 2 4 5 - 8			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
2 1 0 4 2 0 1 5				2 0 0 4 2 0 1 5				4 1		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
1 2		D O C E													
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			
1 2															
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 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DÍA 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 Calle manquehue 0153, Litueche		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-83362087		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A S A H I				K O D A M A				H A R U M I P A Z				8 9 6 0 6 2 7 - 6			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				NEUROLOGÍA				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
3625555/				San Agustín 421, Melipilla				ESPECIALIDAD							
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN											

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles 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 004022512-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE LITUECHE	
RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
69091100-0	2051360
RUN	TELEFONO
22042015	
FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)	
OBISPO EDUARDO LARAIN S.M.	
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

☒ 9

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 ☒ 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P. CÓDIGO ☐ LETRA (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV. AFP PLANVITAL	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. ☒ 3 02012014 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI 2 = NO
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 = MUTUA G = INP 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 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 004022512-9

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.3. INFORME DE REMUNERACIÓN

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. 1-306/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR
(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA ANOTACIÓN)

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

[illegible]

% DESAHUCIO

Remuneración imponible
previsional 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

[illegible]

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.

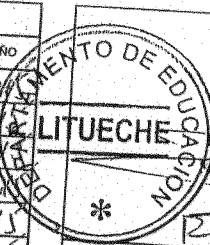
C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(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

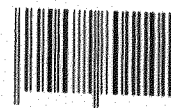
TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	08	03	2015	11	03	2015
07	12	03	2015	18	03	2015
07	19	03	2015	25	03	2015
08	26	03	2015	02	04	2015
07	06	04	2015	12	04	2015
07	13	04	2015	19	04	2015



NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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



N° 3 004082801-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

LISBOA APELLIDO PATERNO LISBOA APELLIDO MATERNO CAROLINA DE NOMBRES 1 2 3 6 6 2 4 5 RUN
 0 5 0 5 2 0 1 5 FECHA OTORGAMIENTO 0 4 0 5 2 0 1 5 FECHA INICIO REPOSO 4 1 EDAD F SEXO
 0 5 N° DE DIAS CINCO N° DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO _____
 APELLIDO MATERNO _____
 NOMBRES _____
 RUN _____
 FECHA NACIMIENTO _____

A.3 TIPO LICENCIA

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 1 = SI
2 = NO

INICIO TRAMITE INVALIDEZ ☐ 2 1 = SI
2 = NO

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

EXCEPCIONES DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA ☐ A = MAÑANA
REPOSO PARCIAL ☐ B = TARDE
C = NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA Manquehue 0153,
Litueche

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ALVARADO MORENO CARLOS 14700610 - 1

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

REG. COLEGIO PROFESIONAL
02-28281600/

CORREO ELECTRÓNICO

MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PROFESIONAL

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



N° 3 004082801-K

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

RUN 09081100-0 **TELÉFONO** 72-2851360 **FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)** 06052013

AUDA OB. EDUARDO LARRAIN **N° 250**

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

LITUECHE **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

Ocupación

- 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 REGÍMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGÍMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO ☐ ☐ **LETRA (CAJA PREV.)**

NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL

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.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☒ 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☒ 1 = SI
2 = NO

02012014

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) 02012014 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

☐ 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

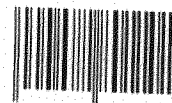
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



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 004082801-K

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
	02	15	30				
	03	15	30		398.846		
	04	15	30		389.552		
					324.025		

% DESAHUCIO	

Remuneración imponible
previsional 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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
07	12	03	15	18	03	15
07	18	03	15	25	03	15
08	26	03	15	02	04	15
07	06	04	15	12	04	15
07	13	04	15	19	04	15
12	20	04	15	01	05	15

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE