

Decre. de
PERSONAL

DECRETO N°: 014

Ref.- Autoriza Licencia Médica en trámite.-

TREHUACO: 26 FEB 2021

VISTOS

- 1.- Las licencias Médicas, debidamente recepcionadas por el empleador.-
- 2.- El Artículo N° 110 de la Ley N°18.883, que aprueba el Estatuto Administrativo para los Funcionarios Municipales.
- 3.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695/88, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

RESUELVO

1.- AUTORIZACE: al funcionario que a continuación se señala para que haga uso de licencia médica.

1.- CECILIA BELLO GARRIDO Licencia. Médica N° 3-5054545-8	: Run: [REDACTED] : 04 días del 25/01 al 28/01/2021
2.- MARIA LUZ ELIANA GAETE NOVOA Licencia. Médica N° 3-047979465-0	: Run: [REDACTED] : 25 días del 29/01 al 22/02/2021
3.- BRUNO CAVALLIERI VILLALOBOS Licencia. Médica N° 3-5074601-1	: Run: [REDACTED] : 07 días del 28/01 al 03/02/2021
4.- LUIS EDUARDO TOLEDO KNOTHE Licencia. Médica N° 3-5111393-4	: Run: [REDACTED] : 11 días del 31/01 al 10/02/2021
5.- AURORA FUENTES ORMEÑO Licencia. Médica N° 1-39325609	: Run: [REDACTED] : 07 días del 03/02 al 09/02/2021
4.- MARIA INES ORMEÑO ORMEÑO Licencia. Médica N° 1-39200770	: Run: [REDACTED] : 30 días del 04/02 al 05/03/2021

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



FRANCISCO CONTRERAS MORA
SECRETARIO MUNICIPAL(S)

Distribución: Archivo (1), Interesado (1), Encargado de Personal (1) Siaper re. (1)



LUIS ALBERTO CUEVAS IBARRA
ALCALDE



Licencia Medica

Nº3 Folio: 5054545-8

OPERADOR: 4

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiardo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
[REDACTED]	3	Si	[REDACTED] FONASA	[REDACTED]	[REDACTED]		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1.- OTORGADA	25-01-21 14:39	10100	69250600-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BELLO	GARRIDO	CECILIA DEL CARMEN	[REDACTED]	[REDACTED]
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
25 01 21 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
25 01 21 Dia Mes Año

N DE DIAS
4

N DE DIAS EN PALABRAS
CUATRO

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Enfermedad Medicina Preventiva 3=Ley de Seguro Prop. Fetal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año 5=Accidente en Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo	1		
RECUPERABILIDAD LABORAL	1=SI 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2 1=SI 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=SI 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCION			

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	A=Manana B=Tarde C=Nocche
LUGAR DE REPOSO	1=Oficina 2=Domicilio 3=Hospital 4=Otro Domicilio
JUSTIFICAR SI ES OTRO (R)	
DIRECCION: CALLE, DEPTO, COMUNA	
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	

FIRMADO
ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

RODRIGUEZ	CARABALLO	DAFNAE DEL CARMEN	[REDACTED]
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA GENERAL	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	[REDACTED]
------------------	-------------------------------------	------------

ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

JUAN MACKENNA S/N Treguaco chile	0	TELÉFONO	FAX
--	---	----------	-----

DIRECCION

TELÉFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
--------------------------	--------------------------

DIAGNOSTICO PRINCIPAL OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	EMAIL
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	TRABAJADOR



DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PÚBLICO AFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:
LICENCIA Nro. 3-5054545 8
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:
INSTITUCIÓN SALUD:
FECHA DE INGRESO:
NACIONALIDAD:

BELLO GARRIDO CECILIA DEL CARMEN
DEL 25/01/2021 AL 28/01/2021
AFP HABITAT Porc.Prev:
FONASA Plan:
16/03/1997
SEXO: F

RUT: [REDACTED]
Nro.DIAS 4

FECHA
AFILIACIÓN :

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2020	MES/AÑO 11/2020	MES/AÑO 10/2020
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	987.372	961.414	961.414
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	987.372	961.414	961.414
N				
E	II 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	111.277	108.351	108.351
R	4) DESAHUCIO	0	0	0
A	5) SALUD	69.116	67.299	67.299
C	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	180.393	175.650	175.650
E				
N	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	9.765	8.976	9.139
	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	797.214	776.788	776.625

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78)	783.542	VALOR SUBSIDIO DIARIO	
		LIQUIDO	PREVISIÓN
		26.118	3.709
			SALUD
			2.304



FIRMA DEL EMPLEADOR

01/02/2021
FECHA



MINISTERIO DE SALUD



Nº 3 047979465-0

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

GAETE	NOVOA	MARIA LUZ EL	RUN
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
26012021	29012021	EDAD	SEXO
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO		
25	VEINTICINCO	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 18.657)

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
			-
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA	A = MAÑANA
	REPOSO PARCIAL	B = TARDE
		C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 3 = SU DOMICILIO	
	2 = HOSPITAL	
	3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) ambulatoria		
DIRECCIÓN: CALLE:Nº,DEPTO,COMUNA andres cruz 51, Treguaco		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-63091426		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BAWARSCHI	RABIE	NAIM	RUN
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	
11615-7		PSIQUEIATRÍA	<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
42-2214989/	Av. Libertad 845 of. 301, Chillán		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
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 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
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 047979465-0



CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

C.5. INFORME DE REMUNERACIONES
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 ADÉMIS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNAS B, C Y D.

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

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

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

		
--	---	---

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 047979465-0

Sucursal : Centro Médico Naim Bawarshi Rabie - Centro Médico Naim Bawarshi Rabie

Fecha Otorgamiento : 26-01-2021 15:55 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : MUNICIPALIDAD DE TREHUACO

1. Datos Profesional

Profesional : Bawarshi Rabie, Naim
Rut : [REDACTED]
Especialidad : PSIQUIATRÍA
Dirección : Av. Libertad 845 of. 301, Chillán - Tel: 42-2214989

2. Datos Trabajador

Nombre : GAETE NOVOA, MARÍA LUZ ELIANA
Rut : [REDACTED]
Edad : 40
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 29-01-2021 Lugar : Otro Domicilio
Nº Dias : 25 Dirección : [REDACTED]
Fecha término : 22-02-2021 Teléfono : [REDACTED]
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 26-01-2021 15:55 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69250600-6
Fecha de Recepción : 26-01-2021
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **47979465-0** y código de verificación: **2adc07**

El que incurra en las falsoedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.

DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PÚBLICO AFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: GAETE NOVOA MARIA LUZ ELIANA
LICENCIA Nro.: 3-047979465 0
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP HABITAT Porc.Prev:
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan:
FECHA DE INGRESO: 01/01/2013
SEXO: F
NACIONALIDAD:

RUT: [REDACTED]
Nro.DIAS: [REDACTED]

FECHA
AFILIACIÓN:

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 11/2020	MES/AÑO 10/2020	MES/AÑO 09/2020
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	30	31	30
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	592.803	592.803	592.803
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	592.803	592.803	592.803
D	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	66.809	66.809	66.809
E	4) DESAHUCIO	0	0	0
S	5) SALUD	41.496	41.496	41.496
C	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	108.305	108.305	108.305
E	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	0
N	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	484.498	484.498	484.498

DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78)	484.498	VALOR SUBSIDIO DIARIO
		LIQUIDO 16.150 PREVISION 2.227 SALUD 1.383



FIRMA DEL EMPLEADOR

01/02/2020

FECHA



Licencia Medica

Nº3 Folio: 5074601-1

OPERADOR: 4

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 31954.

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
[REDACTED]	3	SI	61603000-0 : FONASA	[REDACTED]	[REDACTED]
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1-OTORGADA	27-01-21 18:46	10100	69250600-6		MOTIVO NO RECEPCION
					TIPO LIQUIDACION

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CAVALLIERI	VILLALOBOS	BRUNO FABRIZIO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA	27 01 21
Dia Mes Ano	

FECHA INICIO DE REPOSO	28 01 21
Dia Mes Ano	

N DE DIAS	7
-----------	---

N DE DIAS EN PALABRAS	SIETE
-----------------------	-------

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Maternal Menos 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 DE INVALIDEZ	2=Si 1=No
-------------------------	--------------	-----------------------------	--------------

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No
---	----------	--------------

FECHA DE LA CONCEPCION		
------------------------	--	--

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Mañana B=Tarde C=Nocche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE:N.DEPTO.COMUNA MAITENCO ALTO 0 TREGUACO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 932643153			

FIRMADO
ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ORTIZ	BALTIERRA	LUCAS LEONARDO	[REDACTED]
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

SIN ESPECIALIDAD	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	474863	[REDACTED]
------------------	---	-------------------------------------	--------	------------

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	
--------------	------------------	------------------------------	--------------------	--

MANUEL ANTONIO MATTIA 610 # Coelmu chile	94544864	TELEFONO	FAX	
---	----------	----------	-----	--

DIRECCION

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	EMAIL TRABAJADOR
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO CODIGO DIAGNOSTICO OTRO DIAGNOSTICO SECUNDARIO



DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PÚBLICO/AFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: CAVALLIERI VILLALOBOS BRUNO
LICENCIA Nro.: 3-5074601 1
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP CAPITAL Porc.Prev: 11,44
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan: 7%
FECHA DE INGRESO: 01/07/2020
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: [REDACTED]
Nro.DIAS 7

FECHA
AFILIACIÓN :

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2020	MES/AÑO 11/2020	MES/AÑO 10/2020
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	495.707	482.674	482.674
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	495.707	482.674	482.674
E	III 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	56.709	55.218	38.662
C	4) DESAHUCIO	0	0	0
U	5) SALUD 7%	34.699	33.787	33.787
E	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	91.408	89.005	72.449
N	IMUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	404.299	393.669	410.225
DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78)		402.731	VALOR SUBSIDIO DIARIO	
			LIQUIDO 13.424	PREVISIÓN 1.890
			SALUD 1.157	



FIRMA DEL EMPLEADOR

01/02/2021
FECHA



Licencia Medica

Nº3 Folio: 5111393-4

OPERADOR: 4

SECCION 0:

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiando de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
██████████	3	SI	6160300-0-0 FONASA	██████████	██████████
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1-OTORGADA	02-02-21 17:05	10100	69250600-6		MOTIVO NO RECEPCION
					TIPO LIQUIDACION

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

TOLEDO	KNOTHE	LUIS EDUARDO	██████████	██████████	██████████
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
02 02 21 Dia Mes Ano	31 01 21 Dia Mes Ano	11	ONCE		

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Profesional Menor de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo				
RECURPENABILIDAD LARVAL	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2	1=Si 2=No	
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No			
FECHA DE LA CONCEPCION					

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLD PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (2)			
DIRECCION: CALLE:N.DEPTO:COMUNA MAITENCO ALTO 0 TREGUACO			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0			

FIRMADO
ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

QUEVEQUE	ALIQUINTUY	JUAN PABLO	██████████
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT
SIN ESPECIALIDAD	1 1=Medico 2=Dentista 3=Metrano	553685	██████████
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
O/H # Concepcion chile	0		
DIRECCION	TELEFONO	FAX	

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACION CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLINICOS	
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	MERINGON@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



DECLARACIÓN DE IMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PÚBLICOAFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:
LICENCIA Nro.: 3-5111393 4
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:
INSTITUCIÓN SALUD:
FECHA DE INGRESO:
NACIONALIDAD:

TOLEDO KNOTHE LUIS EDUARDO
DEL 31/01/2021 AL 10/02/2021
AFP PROVIDA Porc.Prev:
FONASA Plan:
03/05/2010
SEXO: M

RUT: [REDACTED]
Nro.DIAS: 11

FECHA
AFILIACIÓN :

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2020	MES/AÑO 11/2020	MES/AÑO 10/2020
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	944.157	919.335	919.335
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	944.157	919.335	919.335
D	II 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	108.106	105.264	105.264
E	4) DESAHUCIO	0	0	0
S	5) SALUD	66.091	64.353	64.353
C	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	174.197	169.617	169.617
U	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	8.285	7.534	7.697
E	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	761.675	742.184	742.021
N	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78)	748.627	VALOR SUBSIDIO DIARIO	
			LIQUIDO	PREVISIÓN
			24.954	3.604
				2.203



05/02/2021
FECHA

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TREHUACO			FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR		
69250606 - 6 RUT	09 76030934 TELEFONO	030221 DIA MES AÑO			
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR GONZALO URREJOLA N°460					
TREHUACO COMUNA	TREHUACO CIUDAD				CODIGO COMUNAL USO COMPIN
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR			OCUPACION		
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, PROFESIONALES Y OTROS 8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES 9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA 10= CONTRATO PLAZO FIJO			11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO 15= VENDEDOR 16= ADMINISTRATIVO 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19= OTRO (ESPECIFICAR) Técnico en atención social		

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD DEL TRABAJADOR	FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF
1= DL 3501 IPS 2= DL 3500 A.P. CODIGO <input type="text"/> LETRA <input type="text"/> NOMBRRE INT. PREV AFP. Plan Vital	1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834 2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 160397 DIA MES AÑO
		FECHA CONTRATO DE TRABAJO 160397 DIA MES AÑO
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION		
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6	% DESAHUCIO
A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR	E= COMPIN F= MUTUAL G= ISI H= EMPLEADOR	<input type="text"/> <input type="text"/> D
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO 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 OBTIENEN RENTAS DE FONDO DE RETIRO Y AQUELLOS TRABAJADORES EN VIRTUD DEL DAL I-3003/80 ADemas DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA F.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS		
			IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	
	A	B	C	D	E
	11	20	30		947.388
	12	20	31		912.967
	01	21	31		1.001.860

% DESAHUCIO

Remuneración imponible
mes anterior inicio
licencia médica (tope 90
U.F) para trabajador
afiliado a AFC.

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,

Las remuneraciones
informadas deben

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		
	MES	AÑO	Nº DE DIAS			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)
						IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS
	A	B	C	D	E	

DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PÚBLICO AFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

LICENCIA Nro.: 1-39325609

INSTITUCIÓN PREVISIONAL:

INSTITUCIÓN SALUD:

FECHA DE INGRESO:

NACIONALIDAD:

FUENTES ORMEÑO AURORA DEL CARMEN

DEL 03/02/2021 AL 09/02/2021

RUT: [REDACTED]
Nro.DIAS 7

AFP PLANVITAL Porc.Prev:

FONASA Plan:

16/03/1997

SEXO: F

FECHA
AFILIACIÓN :

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 01/2021	MES/AÑO 12/2020	MES/AÑO 11/2020
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	31	30
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.001.860	972.967	947.388
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	1.001.860	972.967	947.388
D	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	111.808	108.583	105.729
E	4) DESAHUCIO	0	0	0
S	5) SALUD	70.130	68.108	66.317
C	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	181.938	176.691	172.046
N	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	10.311	9.337	8.559
	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	809.611	786.939	766.783
	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78)	787.778	VALOR SUBSIDIO DIARIO	
			LIQUIDO	PREVISIÓN
			26.259	3.727
				2.338



FIRMA DEL EMPLEADOR

03/02/2021

FECHA

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TREHUACO

69250600 - 6
RUT

09 76033934
TELEFONO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

040221
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE
FUNCIONES EL TRABAJADOR
GONZALO URREJOLA N°460

TREHUACO
COMUNA

TREHUACO
CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMUNA

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, PROFESIONALES Y OTROS
- 8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
- 9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA
- 10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCCUPACION

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

Encargado de Bebas y Patentes

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

REGIMEN PREVISIONAL

- 1= DL 3501 IPS
- 2= DL 3500 AFP

CODIGO LETRA
NOMBRE INT. PREV. AFP HABITAT

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a APC 1= SI 2= NO
- Contrato de duración indefinida 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

010288

DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

010288

DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

- A= COMPIN
- B= ISAPRE
- C= C.C.A.P
- D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

- E= COMPIN
- F= MUTUAL
- G= ISL
- H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

EMPLEADOR

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

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COITIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASLADADOS EN VIRTUD DEL DFL 1-305/80 ADemas DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)		
	11	2020	30		1.059.983		
	12	2020	31		1.068.602		
	01	2021	31		1.120.800		

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)		

% DESAHUCIO

Remuneracion Imponible
mes anterior inicio
licencia médica (tope 90
U.F) para trabajador
afiliado a AFC.

\$

La informacion debe
corresponder a los 3 meses
anteriores al séptimo o
octavo mes que precede al
inicio de la licencia
médica según se trate de
trabajador dependiente o
independiente.

Las remuneraciones
informadas deben
corresponden a los días
efectivamente

DECLARACIÓN DE EMPRESA
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PÚBLICOAFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ORMEÑO ORMEÑO MARIA INES
LICENCIA Nro.: 1-39200770
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP HABITAT Porc.Prev:
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan:
FECHA DE INGRESO: 01/02/1988
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: [REDACTED]
Nro.DIAS

FECHA
AFILIACIÓN :

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 01/2021	MES/AÑO 12/2020	MES/AÑO 11/2020
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	31	30
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.120.800	1.088.602	1.059.983
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES (1 + 2)	1.120.800	1.088.602	1.059.983
A	III 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	126.314	122.685	119.460
C	4) DESAHUCIO	0	0	0
U	5) SALUD	78.456	76.202	74.199
E	TOTAL DESCUENTOS (3 + 4 + 5)	204.770	198.887	193.659
N	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	14.558	13.478	12.591
	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	901.472	876.237	853.733
	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: (ART. 1vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78)	877.147	VALOR SUBSIDIO DIARIO	
			LIQUIDO	PREVISIÓN
			29.238	4.210
				SALUD
				2.615



05/02/2021
FECHA