

DECRETO N°: 0111

Ref.- Autoriza Licencia Médica en tramite.-

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

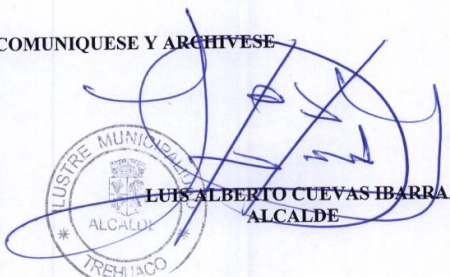
**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE**



FRANCISCO CONTRERAS MORA  
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

LAC/FAC/bla.-

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

### 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 cambio de total a parcial y viceversa, Art. 16 D.S. No 3/1994.

MINISTERIO DE SALUD

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

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

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BELLO	GARRIDO	CECILIA DEL CARMEN			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
25 01 21 Dia Mes Ano	25 01 21 Dia Mes Ano	4	CUATRO		

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común 2=Perroja 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	REQUERIBILIDAD 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	SOLO 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		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
FIRMADO ELECTRONICAMENTE		
FIRMA DEL TRABAJADOR		

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

RODRIGUEZ	CARABALLO	DAFNAE DEL CARMEN			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
MEDICINA GENERAL	1=Medico 2=Quirujano 3=Matrona				
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO		
JUAN MACKENNA S/N Treguaco chile	0				
DIRECCION	TELÉFONO	FAX			
Firmado Electronicamente					
FIRMA DEL PROFESIONAL					

#### A.6 DIAGNOSTICO

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

#### A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN 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 PUBLICOAFECTOS 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:   
Nro.DÍAS 4

FECHA  
AFILIACIÓN :

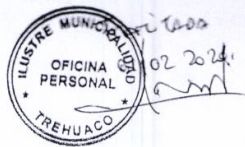
	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2020	MES/AÑO 11/2020	MES/AÑO 10/2020
I	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
R	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	987.372	961.414	961.414
E	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
M	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
U	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	987.372	961.414	961.414
N	II 3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	111.277	108.351	108.351
E	4) DESAHUCIO	0	0	0
S	5) SALUD	69.116	67.299	67.299
C	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	180.393	175.650	175.650
U	III IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	9.765	8.976	9.139
E	TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	797.214	776.788	776.625
N	DETERMINACION BASE DE CÁLCULO PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA: 783.542 ( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78 )	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
		LIQUIDO 26.118	PREVISION 3.709	SALUD 2.304



FIRMA DEL EMPLEADOR

01/02/2021

FECHA



MINISTERIO DE SALUD



N° 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**

G A E T E										N O V O I A										M A R I A L U Z E L										[REDACTED]									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
2 6 0 1 2 0 2 1										2 9 0 1 2 0 2 1										[REDACTED]										[REDACTED]									
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO									
2 5										VEINTICINCO										[REDACTED]										[REDACTED]									
N° DE DÍAS										N° DE DÍAS EN PALABRAS										FIRMA TRABAJADOR										[REDACTED]									

Documento firmado electrónicamente

**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 18.807)

[REDACTED]										[REDACTED]										[REDACTED]										[REDACTED]									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
[REDACTED]										[REDACTED]										[REDACTED]										[REDACTED]									
FECHA NACIMIENTO										[REDACTED]										[REDACTED]										[REDACTED]									

**A.3 TIPO LICENCIA**

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

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

1 = REPOSO LABORAL TOTAL		
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		
[ 1 ]		
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL		A = MAÑANA
[REDACTED]		B = TARDE
[REDACTED]		C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO		3 = SU DOMICILIO
[REDACTED]		2 = HOSPITAL
[REDACTED]		3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		ambulatoria
DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA		andres cruz 51,
Trehuaco		[REDACTED]
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		09-63091426

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

B A W A R S H I										R A B I E										N A I M										[REDACTED]									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
11615-7										[REDACTED]										[REDACTED]										[REDACTED]									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										PSIQUIATRÍA										1 = MÉDICO									
[REDACTED]										[REDACTED]										ESPECIALIDAD										2 = DENTISTA									
42-2214989/										Av. Libertad 845 of. 301, Chillán										[REDACTED]										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.





## Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 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 : PSQUIATRÍA  
Dirección : Av. Libertad 845 of. 301, Chillán - Tel: 42-2214989

### 2. Datos Trabajador

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

### 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 29-01-2021 Lugar : Otro Domicilio  
N° 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](http://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 faltas 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 comete 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 seiscientos 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 DEL 29/01/2021 AL 22/02/2021  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP HABITAT Porc.Prev:  
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan:  
FECHA DE INGRESO: 01/01/2013  
NACIONALIDAD: SEXO: F

RUT: [REDACTED]  
Nro.DIAS [REDACTED]

FECHA  
AFILIACIÓN:

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 11/2020	MES/AÑO 10/2020	MES/AÑO 09/2020
I  R E M U N E R A C I O	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	30	31	30
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	592.803	592.803	592.803
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	592.803	592.803	592.803
II  D E S C U E N T O	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	66.809	66.809	66.809
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD	41.496	41.496	41.496
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	108.305	108.305	108.305
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	0
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	PREVISIÓN 2.227 SALUD 1.383



FIRMA DEL EMPLEADOR

01/02/2020  
FECHA



## Licencia Medica

N°3 Folio: 5074601-1

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 3/1984.

OPERADOR: 4

### SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADECRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
26113501-9	3	SI	81803000-0 : FONASA	99999999-9	99999999-9		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	27-01-21 18:46	10100	69250600-6				

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

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CAVALLIERI	VILLALOBOS	BRUNO FABRIZO			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO 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=Enfermedad o Accidente Comun 2=Proroga 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				
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 CONFECCION				

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO 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 (I)		
DIRECCION: CALLE/N.º DEPTO./COMUNA		
MAITENCO ALTO 8 TREGUACO		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
932643153		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE  
FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ORTIZ	BALTIERRA	LUCAS LEONARDO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

SIN ESPECIALIDAD	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	474863	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

MANUEL ANTONIO MATTIA 610 Coelemu chile	945448654		
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	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 PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:  
LICENCIA Nro.: 3-5074601 1  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:  
INSTITUCIÓN SALUD:  
FECHA DE INGRESO:  
NACIONALIDAD:

CAVALLIERI VILLALOBOS BRUNO  
DEL 28/01/2021 AL 03/02/2021  
AFP CAPITAL Porc.Prev: 11,44  
FONASA Plan: 7%  
01/07/2020  
SEXO: M

RUT:   
Nro.DÍAS 7

FECHA  
AFILIACIÓN:

	DETALLE DE REMUNERACION	MES/AÑO 12/2020	MES/AÑO 11/2020	MES/AÑO 10/2020
I  R E M U N E R A C I O	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS	31	30	31
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	495.707	482.674	482.674
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	495.707	482.674	482.674

II  D E S C U E N O	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	56.709	55.218	38.662
	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD 7%	34.699	33.787	33.787
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	91.408	89.005	72.449

III	IMPUESTO 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		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACIÓN NETA:	402.731	LIQUIDO	PREVISIÓN	SALUD
( ART. 8vo. DEL D.F.L. Nro. 44/78 )		13.424	1.890	1.157



FIRMA DEL EMPLEADOR

01/02/2021  
FECHA



# Licencia Medica

N°3 Folio: 5111393-4

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 cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 31984.

OPERADOR: 4

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
3	SI	61603000-0 : FONASA			
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLERADOR	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			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	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=Proroga 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	2	1=SI 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=SI 2=No		
FECHA DE LA CONCESION				

### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SELO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAN SI ES OTRO (S)			
DIRECCION: CALLEN, DEPTO, COMUNA			
MAITENCO ALTO 0 TREGUACO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			
0			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE  
FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

AQUEVEQUE	ALQUINTUY	JUAN PABLO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
SIN ESPECIALIDAD	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	553685
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
01/ Concepción 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.7 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 EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS A LEY Nro. 18.834

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: TOLEDO KNOTHE LUIS EDUARDO  
LICENCIA Nro.: 3-5111393 4 DEL 31/01/2021 AL 10/02/2021  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL: AFP PROVIDA Porc.Prev:  
INSTITUCIÓN SALUD: FONASA Plan:  
FECHA DE INGRESO: 03/05/2010  
NACIONALIDAD: SEXO: M

RUT: [REDACTED]  
Nro.DÍAS 11

FECHA  
AFILIACIÓN :

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



FIRMA DEL EMPLEADOR

05/02/2021  
FECHA



SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: PEREZ Apellido Materno: AMORA Nombres: DEL  
Fecha Emisión Licencia: 09/02/21 Fecha Inicio de Reposo: 02/02/21  
Día: 02 Mes: 02 Año: 21  
Nº de días: 02 N° de días en palabras: dos

RUN: 4486041  
Fecha de nacimiento: 02/02/21 Edad: 02 Sexo: M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Apellido Paterno: PEREZ Apellido Materno: AMORA Nombres: DEL

Fecha de nacimiento: 02/02/21  
RUN: 4486041

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
3= LICENCIA MATERNA PRE Y POST NATAL  
4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO  
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
6= ENFERMEDAD PROFESIONAL  
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO  
RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 1= SI 2= NO  
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 1= SI 2= NO  
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: 02/02/21  
DIA: 02 MES: 02 AÑO: 21  
HORA: 00 MINUTOS: 00 TRAYECTO: 1 1= SI 2= NO  
FECHA DE LA CONCEPCION: 02/02/21  
MES: 02 AÑO: 21

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL  
2= REPOSO LABORAL PARCIAL  
SOLO PARA: 1 A= MARIAGE B= TRABAJO C= NOCHE  
LUGAR DE REPOSO: 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): 1  
DIRECCION DE REPOSO: 1  
TEL: 1 DPTO: 1  
VILLA O POBLACION: 1  
COMUNA: 1  
TELEFONO: 1 CELULAR: 1  
CORREO ELECTRONICO: 1

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

Apellido Paterno: PEREZ Apellido Materno: AMORA Nombres: DEL  
RUN: 4486041 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 1

Dr. Pablo Medrano Coronado  
Médico Cirujano

RUT: 1 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y CARRERA DEL LUGAR DE EMISION

1

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

Nombre del Empleado o Trabajador Independiente: 1  
Apellido Paterno: PEREZ Apellido Materno: AMORA Nombres: DEL  
RUN: 4486041

Se Adjunta: 1  
Resumen: 1  
TOTAL DIAS: 1  
DESDE: 1 HASTA: 1

Art. 13 - El empleador o trabajador independiente debe presentar la licencia médica antes al COMPIN o Region, correspondiente a la licencia médica, para que se registre y se emita el documento.  
Personal: 1  
02/02/21

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



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

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TREHUACO

69250606 - 6 09 76033934 030221

RUT TELEFONO DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR GONZALO URREJOLA N°460

TREHUACO TREHUACO

COMUNA CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGROPECUARIOS, 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

9

OCCUPACION

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

19 Técnico en Atención Social

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. AFP Plan Vital

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

1

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC 1= SI 2= NO  
- Contrato de duracion indefinida 1= SI 2= NO

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

A= COMPIN  
B= ISAPRE  
C= C.C.A.F  
D= EMPLEADOR

D

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 COTIZAN PREVIDA Y SIGUEEN TRABAJANDO EN VIRTUD DEL DFL N° 3007/90 ADICIONALMENTE DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA E.

(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 N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)		
	MES	AÑO	N° DE DIAS			MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E
	11	20	30		947.366		
	12	20	31		972.967		
	01	21	31		1.001.860		

% DESAHUCIO

0, 0

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

(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. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)		
	MES	AÑO	Nº DE DIAS			MONTO	Nº DE DIAS
	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

DECLARACIÓN DE EMPRESA  
DETERMINACIÓN DE LA BASE DE CÁLCULO  
SUBSIDIO INCAPACIDAD LABORAL  
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICOAFECTOS 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  
AFP PLANVITAL Porc.Prev:  
FONASA Plan:  
16/03/1997  
SEXO: F

RUT:   
Nro.DIAS 7

FECHA  
AFILIACIÓN:

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



FIRMA DEL EMPLEADOR

03/02/2021

FECHA



**Licencia Médica**  
La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, pueden rechazar o otorgar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial.

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

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TREHUACO

69250600 - G 09 76033934 040221

RUT TELEFONO DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR GONZALO URREJOLA N460

TREHUACO TREHUACO

COMUNA CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMPLETO

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

9

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 Rentas y Retenciones

19

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

REGIMEN PREVISIONAL

1= D.L. 3501 IPS  
2= D.L. 3500 A.F.P.  
CODIGO LETRA (CAJA PREV.)  
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 DESEMPEÑO

- Trabajador Afiliado a AFC 1= SI 2= NO  
- Contrato de duracion 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.F.  
D= EMPLEADOR

D

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 COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 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 D.F.L. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
			A	B	C	D	E
	11	2020	30		1.059.983		
	12	2020	31		1.088.602		
	01	2021	31		1.120.800		

% DESAHUCIO

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

\$

(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 D.F.L. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
			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



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

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:  
LICENCIA Nro.: 1-39200770  
INSTITUCIÓN PREVISIONAL:  
INSTITUCIÓN SALUD:  
FECHA DE INGRESO:  
NACIONALIDAD:

ORMEÑO ORMEÑO MARIA INES  
DEL 04/02/2021 AL 05/03/2021  
AFP HABITAT Porc.Prev:  
FONASA Plan:  
01/02/1988  
SEXO: M

RUT:  
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 E M U N E R A C I O	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1.120.800	1.088.602	1.059.983
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES ( 1 + 2 )	1.120.800	1.088.602	1.059.983
II	3) COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA DE PREVISION	126.314	122.685	119.460
D E S C U E N T O	4) DESAHUCIO	0	0	0
	5) SALUD	78.456	76.202	74.199
	TOTAL DESCUENTOS ( 3 + 4 + 5 )	204.770	198.887	193.659
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 29.238	PREVISIÓN 4.210 SALUD 2.615



FIRMA DEL EMPLEADOR

05/02/2021  
FECHA