



Licencia Médica

Nº 1 - 36985569

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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 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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

RODRIGUEZ VERGARA CLAUDIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

050623

FECHA INICIO DE REPOSO

030623

DIA MES AÑO

9718198 - 5

RUN

301077

FECHA DE NACIMIENTO

45

EDAD

M 6 F

7

SEXO

12

Nº DE DIAS

DOCE

Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.

(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

ACTO HORNO

CALLE

777

Nº DPTO

CAS RIGUERAS

VILLA O POBLACION

TALCAHUANO

COMUNA

991322620

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

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)

CAMPOS ROMAN LEON

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

7996399 - 2

RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CIRUGIA MAXILO FACIAL 2 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

ESPECIALIDAD

leonscr@gmail.com

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ACTO HORNO

CALLE

TALCAHUANO

COMUNA

777

Nº

41 2725260

TELEFONO

FIRMA DEL PROFESIONAL

LEÓN CAMPOS R.
RUT: 7.996.399 - 2
Cirujano Maxilofacial

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

FLEGMON SUBMENTONEANO

OTROS DIAGNOSTICOS

1= CONFIRMADO 2= EN ESTUDIO 1

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO RX - TAC

SECCION B: (Uso exclusivo COMPIN, Subcomisión, Unidad de Licencias Médicas o ISAPRE)

COMPIN O ISAPRE

ESTABLECIMIENTO

TIPO DE LICENCIA

DESDE HASTA

AUTORIZADO POR

DIAGNOSTICO

CODIGO CIE-10

Nº DIAS PREVIOS

1= PRIMERA 2= CONTINUACION

CAUSA DE RECHAZO

1= REPOSO INJUSTIFICADO 2= DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3= FUERA DE PLAZO 4= INCUMPLIMIENTO REPOSO 5= OTRO (ESPECIFICAR)

1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE

A= Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. Nº 44/78, Ley 18.469 y LEY 16.744. B= Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56. C= Sin derecho a subsidio.

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO

PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCION EN COMPIN O ISAPRES

FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRES

REDICTAMEN

DIA MES AÑO

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL COMPIN O ISAPRE

REGISTRO COLEGIO MEDICO

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

FUND. EDUC COLEGIO LA PROVIDENCIA CONCEPCION

65082446-6

412482871

050623

RUT

TELEFONO

DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

LAUTARO 487

CONCEPCION

CONCEPCION

COMUNA

CIUDAD

CODIGO 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, PROFESIONALES Y OTROS

8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES

9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

10= CONTRATO PLAZO FIJO

7

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)

12

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.

2

LETRA (CAJA PREV.)

CODIGO

NOMBRE INT. PREV.

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

3

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC

1= SI

2= NO

- Contrato de duración indefinida

1= SI

2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

010308

DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

010318

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

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E= COMPIN

F= MUTUAL

G= ISL

H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Los Andes

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 ADENAS 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 IMPOSIBLES 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° DE DIAS	IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPOSIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	04	23	30		1.126.817.-		
	03	23	30		1.319.725.-		
	02	23	30		1.190.095.-		

% DESAHUCIO

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

1.126.817.-

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES 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° DE DIAS	IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPOSIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS

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 ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
7	27	05	23	02	06	23
5	22	05	23	26	05	23

1= SI
2= NO

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

PROVIDENCIA

FUNDACIÓN EDUCACIONAL

CONCEPCION

Nombre, firma y timbre del empleador o trabajador independiente



LIQUIDACIÓN DE SUELDO

Marzo - 2023

RAZÓN SOCIAL
FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION
NOMBRE DEL RBD
COLEGIO LA PROVIDENCIA
TRABAJADOR
RODRIGUEZ VERGARA CLAUDIA
PREVISIÓN
HABITAT
TIPO DE CONTRATO(S)
INDEFINIDO
NIVEL DOCENTE
ACCESO

RUT EMPRESA
65.082.446-6
RBD
4659-0
PERIODO
03-2023
FECHA DE INGRESO
01-03-2019
RUT
9.718.198-5
TRAMO CCAF
PLAN SALUD
7 %
CARGA HORARIA CARGO(S)
38 DOCENTE BASICA
N° BIENIOS
0
% PRIORITARIOS
0% al 44%

DÍAS	LICENCIA	SIN LICENCIA	HORAS EXTRA	CARGAS	IMPONIBLE	TRIBUTABLE
30	0	0	0.00	0	1.319.725	1.070.693
HABERES						
			GENERAL	SEP	PIE	TOTAL
(1001) SUELDO BASE GENERAL (17.577x36)			632.772			
(1002) SUELDO BASE SEP (1x17.577)				17.577		
(1058) SUELDO BASE PIE (1x17.577)					17.577	
(1020) ASIG. ZONA GENERAL (36x17.577x0.2)			126.554			
(1064) ATDP LEY.20903			0			
(1064) ATDP LEY.20903				0		
(1064) ATDP LEY.20903					0	
(3009) ASIG. ZONA SEP (17.577x1x0.2)				3.515		
(3027) ASIG ZONA PIE (17.577x1x0.2)					3.515	
(1216) BRP Y MENCION			308.855			
(1098) REMUNERACION COMP. ADICIONAL				433		
(1098) REMUNERACION COMP. ADICIONAL					433	
(1098) REMUNERACION COMP. ADICIONAL			15.586			
(1028) EXCELENCIA ACADEMICA DOCENTE			173.617			
(1030) EXCELENCIA ACADEMICA DOCENTE 10%			19.291			
TOTAL IMPONIBLE			1.276.675	21.525	21.525	1.319.725
(1089) COLACION				1.635		
(1089) COLACION					1.635	
(1089) COLACION			58.847			
(1088) MOVILIZACION					2.409	
(1088) MOVILIZACION			86.733			
(1088) MOVILIZACION				2.409		
TOTAL NO IMPONIBLE			145.580	4.044	4.044	153.668
TOTAL HABERES						1.473.393
DESCUENTOS						
			MONTO			TOTAL
(2000) PREVISION (11.27%)			148.733			
(2001) SALUD			92.381			
(2026) SEGURO CESANTIA			7.918			
(2005) IMPUESTO UNICO			9.105			
TOTAL DESC. LEGALES			258.137			258.137
(2124) BIENESTAR			4.000			
(3019) SINDICATO			15.000			
TOTAL DESC. OTROS			19.000			19.000
TOTAL DESCUENTOS						277.137
ALCANCE LÍQUIDO						\$ 1.196.256
Son: UN MILLON CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS						

Firma Empleador

Firma Trabajador

Certifico haber recibido en este acto a mi entera satisfacción, el total de haberes en la presente liquidación. Asimismo, declaro que nada se me adeuda y no tener reclamo alguno en contra de la empresa FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

Nombre: RODRIGUEZ VERGARA CLAUDIA

Banco: BANCO DE CHILE

N° de Cuenta: 2256113303

LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

MES: FEBRERO DE 2023

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a): RODRIGUEZ VERGARA CLAUDIA ELIZABETH

Contrato : 0

R.U.T : 9718198-5

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

FECHA CONTRATO: 01/03/2019

CARGO : DOCENTE

COTIZACION PACTADA :7%

VALOR UF : 35.509,68

DIAS TRABAJADOS :30

TOPE IMPON. : 2.897.590

TOPE SALUD : 2.879.460

H A B E R E S

SUELDO BASE	650.349
1,00 ASIGNACION DE ZONA	130.070
1,00 B.R.P. Y MENCION	308.855
1,00 SUELDO BASE SEP	17.577
1,00 SUELDO BASE PIE	52.731
1,00 ASIGNACION ZONA SEP	3.515
1,00 ASIGNACION ZONA PIE	10.546
1,00 P. SUPLEMENTARIA (REM.COMP.A)	16.452
** TOTAL IMPONIBLE ** \$	
1,00 AGUINALDO LEY REAJUSTE	63.062
1,00 BONO VACACIONES LEY REAJ	100.000
1,00 BONO ESPECIAL LEY REAJUSTE	190.000
** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$	
** TOTAL HABERES ** \$	

D E S C U E N T O S

HABITAT. 11,27	134.124
FONASA	83.307
IMPUESTO UNICO	5.166
SEGURO DE CESANTIA	7.141
1,00 SINDICATO 24/999999	15.000
1,00 BIENESTAR 1/99988	4.000
** TOTAL DESCUENTOS ** \$	
** ALCANCE LIQUIDO ** \$	
1,00 ANTICIPO	353.062
** TOTAL ANTICIPOS ** \$	
** TOTAL A PAGAR ** \$	

Son: Novecientos Cuarenta y Un Mil Trescientos Cincuenta y Siete Pesos.

Certifico que he recibido de FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION, a mi entera satisfacción el Saldo indicado en la presente liquidación y no tengo cargo ni cobro posteriores que hacer.

FECHA DE EMISION :28/02/2023

Recibí Conforme

