

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 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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APPELLIDO PATERNO: ESPIÑOLA
APPELLIDO MATERNO: CONDEZ
NOMBRES: LIDIA
FECHA INICIO DE REPOSO: 13 05 22
FECHA EMISION LICENCIA: 30
Nº DE DIAS: 30
Nº DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA

RUN: 11556409-9
FECHA DE NACIMIENTO: 11/10/70
EDAD: 51
SEXO: F

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).

APPELLIDO PATERNO:
APPELLIDO 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
RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI, 2= NO
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI, 2= NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO:
DIA MES AÑO
HORA MINUTOS:
TRAYECTO: 1= SI, 2= NO
FECHA DE LA CONCEPCION:
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE
LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):
DIRECCION DE REPOSO: PASAJE 12
CALLE: 6152
Nº:
DPTO: VILLA FLORISTA
VILLA O POBLACION: HUAPEN
COMUNA:
TELEFONO:
CELULAR:
CORREO ELECTRONICO:

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)

APPELLIDO PATERNO: OLIVERA
APPELLIDO MATERNO: ZUNINO
NOMBRES: MARIA
RUN: 90999993-1
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 17922-1
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: AITO HOGANO
CALLE:
COMUNA: TALCA HUANCO

ESPECIALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:
FIRMA DEL TRABAJADOR:
FIRMA DEL PROFESIONAL:

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OTROS DIAGNOSTICOS:
ANTECEDENTES CLINICOS:
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO:

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

COMPIN O ISAPRE:
ESTABLECIMIENTO:
RESOLUCION Nº:
CODIGO ESTABLECIMIENTO:
TIPO DE LICENCIA:
DESDE:
HASTA:
AUTORIZADO POR:
DIAGNOSTICO:
Nº DIAS PREVIOS:
DIA MES AÑO DIA MES AÑO DIAS CODIGO CIE-10 1= PRIMERA, 2= CONTINUACION

1= AUTORIZASE, 2= RECHAZASE, 3= AMPLIASE, 4= REDUCESE, 5= PENDIENTE DE RESOLUCION, REDICTAMEN
CAUSA 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 DIA MES AÑO 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 41 2238312 160522

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

9

OCUPACION

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

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

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 010905 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 290322 DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CCAF 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 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. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE 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
	04	22	30		\$ 922.228.-		
	03	22	03		\$ 271.467.-		

% 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 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE 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 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

2 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 recepcionado el documento.

FUNDACIÓN EDUCACIONAL COLEGIO LA PROVIDENCIA

Florie Joder

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

MES: ABRIL DE 2022

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a) : ESPINOZA GONZALEZ LIDIA PILAR

R.U.T : 11556409-9

Contrato : 0

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

FECHA CONTRATO: 29/03/2022

CARGO : DOCENTE

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 32.176,49

TOPE IMPON. : 2.625.602

DIAS TRABAJADOS : 30

TOPE SALUD : 2.588.984

H A B E R E S

SUELDO BASE	596.372
1,00 B.R.P. Y MENCIÓN	78.564
1,00 ASIGNACIÓN ZONA PIE	119.274
1,00 LEY 19410	62.586
1,00 LEY 19933 PIE	135.432

** TOTAL IMPONIBLE ** \$ 992.228

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$ 0

** TOTAL HABERES ** \$ 992.228

D E S C U E N T O S

HABITAT. 11,27	111.824
FONASA	69.456
IMPUESTO UNICO	2.358

** TOTAL DESCUENTOS ** \$ 183.638

** ALCANCE LIQUIDO ** \$ 808.590

** TOTAL ANTICIPOS ** \$ 0

** TOTAL A PAGAR ** \$ 808.590

Son: Ochocientos Ocho Mil Quinientos Noventa 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 : 30/04/2022

Recibí Conforme



LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

MES: MARZO DE 2022

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a) : ESPINOZA GONZALEZ LIDIA PILAR

R.U.T : 11556409-9

Contrato : 0

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

FECHA CONTRATO: 29/03/2022

CARGO : DOCENTE

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 31.727,74

TOPE IMPON. : 2.588.984

DIAS TRABAJADOS : 3

TOPE SALUD : 2.573.599

H A B E R E S

SUELDO BASE	59.637
1,00 B.R.P. Y MENCIÓN	7.856
1,00 EXCELENCIA ACADEMICA DOCENTE	172.245
1,00 ASIGNACION ZONA PIE	11.927
1,00 LEY 19410	6.259
1,00 LEY 19933 PIE	13.543

** TOTAL IMPONIBLE ** \$ 271.467

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$ 0

** TOTAL HABERES ** \$ 271.467

D E S C U E N T O S

HABITAT.	11,27	30.594
FONASA		19.003

** TOTAL DESCUENTOS ** \$ 49.597

** ALCANCE LIQUIDO ** \$ 221.870

** TOTAL ANTICIPOS ** \$ 0

** TOTAL A PAGAR ** \$ 221.870

Son: Doscientos Veintiun Mil Ochocientos Setenta 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 : 31/03/2022

Recibí Conforme

