



Licencia Médica

Nº 1 - 38224830

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. Nº 3/1984.

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

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN		M 6 F	
Arriaga		Paez		Paez		15778889		0	
FECHA INICIO DE REPOSO		FECHA EMISION LICENCIA		DIA		MES		AÑO	
05/11/22		10		diar					
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO	
10		diez		250183		35		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).

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO	

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	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			
1							
LUGAR DE REPOSO		1= SU DOMICILIO		2= HOSPITAL		3= OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)							
DIRECCION DE REPOSO							
CALLE							
Nº		DPTO					
VILLA O POBLACION							
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)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		ESPECIALIDAD		1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
Paez		Paez		Paez		NEURÓLOGO		1	
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRONICO		FIRMA DEL PROFESIONAL			
7240606-4		12160-6		Dr. Ramón Guzmán Valenzuela		FIRMA DEL TRABAJADOR			
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION		CALLE		Nº		TELEFONO			
A Huevo		177		41		417000			
COMUNA		TELEFONO		CORREO ELECTRONICO		FIRMA DEL PROFESIONAL			

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL		1= CONFIRMADO 2= EN ESTUDIO	
Cepalea afectada		1	
OTROS DIAGNOSTICOS			
ANTECEDENTES CLINICOS			
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO			

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

COMPIN O ISAPRE		RESOLUCION Nº		CODIGO ESTABLECIMIENTO	
ESTABLECIMIENTO		AUTORIZADO POR		DIAGNOSTICO	
TIPO DE LICENCIA		DESDE		HASTA	
		DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
		DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
		DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

1= AUTORIZAR 2= RECHAZAR 3= AMPLIAR 4= REDUCIR 5= PENDIENTE 6= RESOLUCION 7= REDITAMEN		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		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		REDITAMEN	
DIA MES AÑO		DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

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

REGISTRO COLEGIO MEDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio

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

FUND EDUC COLEGIO LA PROVIDENCIA CONCEPCION

65082446 - 6 41 24828711 09 11 22

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)
TECNICO EN ENFERMERIA

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. CAPITAL

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 duracion indefinida 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 011102 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 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. I-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
33	07	22	30		\$ 516.481 -		
33	08	22	30		\$ 448.646 -		
33	09	22	30		\$ 538.566 -		

% 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. Nº 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 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
15	25	10	22	08	11	22

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.

Florencia

COLEGIO LA PROVIDENCIA FUNDACION EDUCACIONAL CONCEPCION

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

MES: JULIO DE 2022

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a) : ARTIAGA SANTIBÁÑEZ PAMELA ANDREA

R.U.T : 15178889-0

FECHA CONTRATO: 01/03/2018

CARGO : TECNICO EN ENFERMERIA

Contrato : 0

CENTRO DE COSTO: TECNICO EN ENFERMERIA

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 33.417,26

TOPE IMPON. : 2.726.848

DIAS TRABAJADOS : 30

TOPE SALUD : 2.699.885

H A B E R E S

SUELDO BASE	403.138
1,00 LEY 19464	46.508
1,00 BONO ASISTENCIALIDAD CC	66.835

** TOTAL IMPONIBLE ** \$ 516.481

COLACION	35.619
MOVILIZACION	61.598
2 CARGAS FAMILIARES	19.142
1,00 BONO ESCOLARIDAD LEY REAJUSTE	78.966

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$ 195.325

** TOTAL HABERES ** \$ 711.806

D E S C U E N T O S

CAPITAL. 11,44	59.085
FONASA	36.154
SEGURO DE CESANTIA	3.099
1,00 PRESTAMO COOPEUCH 1/1	51.940
1,00 SINDICATO 16/999999	15.000
1,00 BIENESTAR 5/99999	4.000

** TOTAL DESCUENTOS ** \$ 169.278

** ALCANCE LIQUIDO ** \$ 542.528

1,00 ANTICIPO 78.966

** TOTAL ANTICIPOS ** \$ 78.966

** TOTAL A PAGAR ** \$ 463.562

Son: Cuatrocientos Sesenta y Tres Mil Quinientos Sesenta y Dos 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 : 31/07/2022



Recibí Conforme

LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

MES: AGOSTO DE 2022

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a) : ARTIAGA SANTIBÁÑEZ PAMELA ANDREA

Contrato : 0

R.U.T : 15178889-0

CENTRO DE COSTO: TECNICO EN ENFERMERIA

FECHA CONTRATO: 01/03/2018

CARGO : TECNICO EN ENFERMERIA

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 33.836,51

TOPE IMPON. : 2.761.059

DIAS TRABAJADOS : 30

TOPE SALUD : 2.726.848

H A B E R E S

SUELDO BASE	403.138
1,00 LEY 19464	46.508

** TOTAL IMPONIBLE ** \$ 449.646

COLACION	35.619
MOVILIZACION	61.598
2 CARGAS FAMILIARES	20.150

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$ 117.367

** TOTAL HABERES ** \$ 567.013

D E S C U E N T O S

CAPITAL.	11,44	51.440
FONASA		31.475
SEGURO DE CESANTIA		2.698
1,00 SINDICATO	17/999999	15.000
1,00 BIENESTAR	6/99999	4.000

** TOTAL DESCUENTOS ** \$ 104.613

** ALCANCE LIQUIDO ** \$ 462.400

** TOTAL ANTICIPOS ** \$ 0

** TOTAL A PAGAR ** \$ 462.400

Son: Cuatrocientos Sesenta y Dos Mil Cuatrocientos 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 : 30/08/2022



Recibí Conforme

LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

MES: SEPTIEMBRE DE 2022

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a) : ARTIAGA SANTIBÁÑEZ PAMELA ANDREA

Contrato : 0

R.U.T : 15178889-0

CENTRO DE COSTO: TECNICO EN ENFERMERIA

FECHA CONTRATO: 01/03/2018

CARGO : TECNICO EN ENFERMERIA

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 34.258,23

TOPE IMPON. : 2.795.472

DIAS TRABAJADOS : 30

TOPE SALUD : 2.761.059

=====

===== H A B E R E S =====

SUELDO BASE	403.138
1,00 LEY 19464	46.508
1,00 AGUINALDO F.PATRIAS C.COLECTIV	67.447
1,00 EXCELENCIA ACADEMICA ASISTENTE	21.473

=====

** TOTAL IMPONIBLE ** \$	538.566
--------------------------	---------

COLACION	35.619
MOVILIZACION	61.598
2 CARGAS FAMILIARES	20.150
1,00 AGUINALDO LEY REAJUSTE	81.196

=====

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$	198.563
--------------------------------------	---------

** TOTAL HABERES ** \$	737.129
------------------------	---------

=====

===== D E S C U E N T O S =====

CAPITAL.	11,44	61.612
FONASA		37.700
SEGURO DE CESANTIA		3.231
1,00 SINDICATO	18/999999	15.000
1,00 BIENESTAR	1/99993	4.000

=====

** TOTAL DESCUENTOS ** \$	121.543
---------------------------	---------

=====

** ALCANCE LIQUIDO ** \$	615.586
--------------------------	---------

1,00 ANTICIPO	136.503
---------------	---------

** TOTAL ANTICIPOS ** \$	136.503
--------------------------	---------

** TOTAL A PAGAR ** \$	479.083
------------------------	---------

Son: Cuatrocientos Setenta y Nueve Mil Ochenta y Tres 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 : 30/09/2022

Recibí Conforme

 Nació en: PDTE.RÍOS, TALCAHUANO
Profesión: No informada

INCHL1080122299J66<<<<<<<<<<<
8301297F2301295CHL15178889<0<0
ARTIAGA<SANTIBANEZ<<PAMELA<AND

INCHL1080122299J66<<<<<<<<<
8301297F2301295CHL15178889<0<0
ARTIAGA<SANTIBANEZ<<PAMELA<AND