



## SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

## C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PNOVIDENCIA		FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR
65082446 - 6	41 2238312	020524
RUT	TELEFONO	DIA MES AÑO
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		LAUTARO 487

Concepcion	Concepcion	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
COMUNA	CIUDAD	
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCCUPACION
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)

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD DEL TRABAJADOR	FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF
1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P.	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	
CODIGO NOMBRE INT. PREV.	CUPTON	SEGURO DE DESEMPLEO
		- Trabajador Afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1= SI <input type="checkbox"/> 2= NO - Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1= SI <input type="checkbox"/> 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 03 03 DIA MES AÑO FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 03 18 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
A= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR B	E= COMPIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CRUZ BLANCA

## 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.FL. 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. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		0% DESAHUCIO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
		IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)			MONTO	Nº DE DIAS	
MES	AÑO	Nº DE DIAS	A	B	C	D	E		
04	24	30		\$ 1.815.731 -					
05	24	30		\$ 1.287.342 -					
02	24	30		\$ 1.460.287 -					
01	24	30		\$ 1.228.894 -					

## (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		La informacion 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.		
		IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)			MONTO	Nº DE DIAS
		MES	AÑO	Nº DE DIAS	A		B	C

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente

CONTINUA



## RECEPCIÓN DE LICENCIA MÉDICA

Fecha de Recepción: 03/05/2024

Rut Cotizante: 13391871-K

**Número Correlativo** : 2024082232  
**Servicio de Salud** : 078 Isapre CruzBlanca S.A.  
**Sucursal** : CONCEPCION  
**Nombre Cotizante** : SANDRA BENAVIDES SEPULVEDA  
**Folio de la Licencia** : 2-59073786  
**Fecha Inicio Licencia** : 30/04/2024  
**Razón Social Empleador** : FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO  
**Rut Empleador** : 65082446-6  
**Fecha probable de pago (\*)** : 27/05/2024  
**Tipo de Licencia** : PRIMERA  
**Antecedentes No Recepionados** :



### El pago de Subsidio está sujeto a :

- 1.- Aprobación de la licencia médica por Contraloría Médica,
- 2.- Cumplimiento de requisitos para pago de subsidio,
- 3.- Presentación de todos los antecedentes solicitados y
- 4.- Presentación de Solicitud de Cobro (sólo empleadores sector público y con convenio de pago).
- 5.- Si necesita conocer detalle de liquidación de subsidios puede consultara Call Center, página Web y en cualquiera de nuestras sucursales

Lugar de pago: En cualquier sucursal del

Sr(es). FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO Rut: 65082446-6

Informamos a Usted que posee una deuda por concepto de cotizaciones previsionales con esta institución.

A la fecha, se registra(n) 0 Empleado(s) con situación irregular en sus pagos, totalizando un monto impago que asciende a 0 .-

La presente situación constituye un incumplimiento de lo estipulado en los artículos 30 y 31 de la ley 18933, exponiéndose asimismo a las sanciones que la propia ley laboral estipula.

Para aclarar esta situación le agradeceremos se contacte con al teléfono.

Para evitar molestias futuras, Usted debe regularizar su situación de pagos. Es importante destacar que esta situación es causal de término de contrato.

Si la fecha de emisión de este detalle, usted ha regularizado su situación de pagos, le agraderemos no considerarlo.



