



Licencia Médica

Nº 2 - 59551568

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. Nº93/1984.

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

APELLIDO PATERNO DIAZ APELLIDO MATERNO KRONERO NOMBRES DAVIDELA

FECHA EMISION LICENCIA 020522 FECHA INICIO DE REPOSO 020522

Nº DE DIAS 07 Nº DE DIAS EN PALABRAS SIETE

RUN 16190394-9

FECHA DE NACIMIENTO 240785 EDAD 36 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).

APELLIDO PATERNO CABALLERO APELLIDO MATERNO DIAZ NOMBRES EPILIA

FECHA DE NACIMIENTO 180821

RUN 27600458-1

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

4

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

HORA MINUTOS

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= MAÑANA
B= TARDE
C= NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE LOS MARAJOS

Nº 3798

DPTO SAN MARTIN

VILLA O POBLACION TALCAHUANO

COMUNA

TELEFONO

CELULAR 994874172

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 SOLAR APELLIDO MATERNO GARCIA NOMBRES OSCAR

RUN 5532945-1 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL 8936

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE AMIBO PUNTO 215

COMUNA CONCEPCION

COMUNA

NO ATRIB. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL Bronquitis obstructiva

OTROS DIAGNOSTICOS

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

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

COMPIN O ISAPRE

ESTABLECIMIENTO

TIPO DE LICENCIA

DESDE HASTA

AUTORIZADO POR

DIAGNOSTICO

Nº DIAS PREVIOS

1= PRIMERA 2= CONTINUACION

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO

PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCION EN COMPIN O ISAPRES

FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRES

REDICTAMEN

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

REGISTRO COLEGIO MEDICO

DOBLAR

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

Form fields for identification: Fund Educ Colegiola Provincia Concepcion, RUT 65082446-6, Telefono 41 2238312, Fecha Recepcion Licencia 020522, Direccion LAUTARO 987 CONCEPCION, COMUNA CONCEPCION, CIUDAD, CODIGO COMUNAL USO COMPIN.

Form fields for labor activity and occupation: ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR (9), OCUPACION (12), with lists of categories for both.

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

Form fields for pension regime and entity: REGIMEN PREVISIONAL (2), CALIDAD DEL TRABAJADOR (3), SEGURO DE DESEMPLEO, FECHA PRIMERA AFILIACION, FECHA CONTRATO DE TRABAJO.

Form fields for subsidy entity and type: ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO, SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7, SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-7.

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.

Table with 6 columns: 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, MONTO, N° DE DIAS.

% DESAHUCIO form fields.

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

\$ form field.

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

Table with 6 columns: 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, 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)

Table with 7 columns: TOTAL DIAS, DESDE (DIA, MES, AÑO), HASTA (DIA, MES, AÑO).

1= SI, 2= NO form fields.

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.

Form for signature and stamp: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

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) : DIAZ ROMERO DANIELA BEATRIZ

R.U.T : 16190394-9

CODIGO: 00004

Contrato : 0

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

FECHA CONTRATO: 01/03/2009

CARGO : DOCENTE

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 32.176,49

TOPE IMPON. : 2.625.602

DIAS TRABAJADOS : 25

TOPE SALUD : 2.588.984

H A B E R E S

SUELDO BASE	602.420
5 DIAS LICENCIA	(100.403)
1,00 ASIGNACION DE ZONA	100.403
1,00 B.R.P. Y MENCIÓN	87.294
1,00 SUELDO BASE SEP	57.373
1,00 SUELDO BASE PIE	14.343
1,00 ASIGNACION ZONA SEP	11.475
1,00 ASIGNACION ZONA PIE	2.869
1,00 LEY 19933	115.830
1,00 LEY 19410	54.900
1,00 LEY 19933 PIE	2.970

** TOTAL IMPONIBLE ** \$

949.474

COLACION

45.688

MOVILIZACION

67.337

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$

113.025

** TOTAL HABERES ** \$

1.062.499

D E S C U E N T O S

PLANVITAL.	11,16	105.961
FONASA		66.463
IMPUESTO UNICO		1.002
1,00 SINDICATO	3/999999	15.000
1,00 CREDITO CAJA COMPENSACIÓN	1/1	82.004
1,00 BIENESTAR	2/99999	4.000

** TOTAL DESCUENTOS ** \$

274.430

** ALCANCE LIQUIDO ** \$

788.069

** TOTAL ANTICIPOS ** \$

0

** TOTAL A PAGAR ** \$

788.069



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) : DIAZ ROMERO DANIELA BEATRIZ

R.U.T : 16190394-9

CODIGO: 00004

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

Contrato :

0

FECHA CONTRATO: 01/03/2009

CARGO : DOCENTE

Son: Setecientos Ochenta y Ocho Mil Sesenta y Nueve 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) : DIAZ ROMERO DANIELA BEATRIZ

R.U.T : 16190394-9

CODIGO: 00004

Contrato : 0

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

FECHA CONTRATO: 01/03/2009

CARGO : DOCENTE

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 31.727,74

TOPE IMPON. : 2.588.984

DIAS TRABAJADOS : 0

TOPE SALUD : 2.573.599

=====

H A B E R E S

=====

SUELDO BASE	602.420
30 DIAS LICENCIA	(602.420)
1,00 EXCELENCIA ACADEMICA DOCENTE	181.310

=====

** TOTAL IMPONIBLE ** \$	181.310
--------------------------	---------

=====

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$	0
--------------------------------------	---

** TOTAL HABERES ** \$	181.310
------------------------	---------

=====

D E S C U E N T O S

=====

PLANVITAL.	11,16	20.234
FONASA		12.692
1,00 SINDICATO	2/999999	15.000
1,00 CREDITO CAJA COMPENSACIÓN	1/1	82.004
1,00 BIENESTAR	1/99999	4.000

=====

** TOTAL DESCUENTOS ** \$	133.930
---------------------------	---------

=====

** ALCANCE LIQUIDO ** \$	47.380
--------------------------	--------

** TOTAL ANTICIPOS ** \$	0
--------------------------	---

** TOTAL A PAGAR ** \$	47.380
------------------------	--------

Son: Cuarenta y Siete Mil Trescientos Ochenta 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



LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

MES: FEBRERO DE 2022

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a) : DIAZ ROMERO DANIELA BEATRIZ

R.U.T : 16190394-9

CODIGO: 00004

Contrato : 0

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

FECHA CONTRATO: 01/03/2009

CARGO : DOCENTE

COTIZACION PACTADA : 7%

VALOR UF : 31.539,20

TOPE IMPON. : 2.573.599

DIAS TRABAJADOS : 30

TOPE SALUD : 2.546.952

H A B E R E S

SUELDO BASE	602.420
1,00 ASIGNACION DE ZONA	120.484
1,00 B.R.P. Y MENCIÓN	104.753
1,00 SUELDO BASE SEP	68.848
1,00 SUELDO BASE PIE	17.212
1,00 ASIGNACION ZONA SEP	13.770
1,00 ASIGNACION ZONA PIE	3.442
1,00 LEY 19933	138.996
1,00 LEY 19410	65.880
1,00 LEY 19933 PIE	3.564

** TOTAL IMPONIBLE ** \$

1.139.369

1,00 BONO VACACIONES LEY REAJ

50.000

1,00 BONO ESPECIAL LEY REAJUSTE

95.000

** TOTAL HABERES NO IMPONIBLES ** \$

145.000

** TOTAL HABERES ** \$

1.284.369

D E S C U E N T O S

PLANVITAL.	11,16	127.154
FONASA		79.756
IMPUESTO UNICO		7.664
1,00 SINDICATO	1/999999	15.000
1,00 CREDITO CAJA COMPENSACIÓN	1/1	82.074
1,00 BIENESTAR	1/999999	2.000

** TOTAL DESCUENTOS ** \$

313.648

** ALCANCE LIQUIDO ** \$

970.721

1,00 ANTICIPO

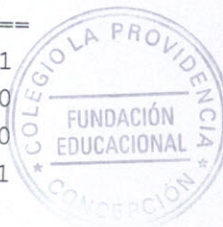
145.000

** TOTAL ANTICIPOS ** \$

145.000

** TOTAL A PAGAR ** \$

825.721



LIQUIDACIÓN DE REMUNERACIONES

ORIGINAL

SUCURSAL: COLEGIO LA PROVIDENCIA

MES: FEBRERO DE 2022

EMPRESA : FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

R.U.T : 65.082.446-6

TRABAJADOR SR(a) : DIAZ ROMERO DANIELA BEATRIZ

R.U.T : 16190394-9

CODIGO: 00004

Contrato : 0

CENTRO DE COSTO: DOCENTE

FECHA CONTRATO: 01/03/2009

CARGO : DOCENTE

Son: Ochocientos Veinticinco Mil Setecientos Veintiun 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 :28/02/2022

Recibí Conforme

