



## MEMORANDUM (ORD.) N° 366

Valdivia 30 de Octubre 2015

DE : FRANCISCO CEA OYARZO

A : DIRECTORA REGIONAL LOS RIOS, MARINA RIQUELME R

REF.: REMITE RENDICION DE FONDOS RECIBIDOS PARA COMETIDOS ESPECIFICOS  
SEGÚN MEMO N°350

Nos permitimos remitir los documentos que más abajo se detallan, correspondientes a cometidos específicos que fueron entregados en:

Fecha	N° Comprobante	Destino	\$ Monto
19.10.2015	1700008663	COMPRA PERSIANAS	\$130.000.-

Dichos fondos fueron solicitados por:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	FRANCISCO CEA OYARZO
RUT	8.804.426-5
UNIDAD	DIRECCION REGIONAL DE LOS RIOS
PROYECTO	1299

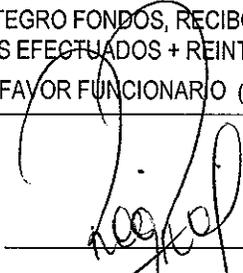
Los que fueron gastados, según se refleja en el siguiente detalle:

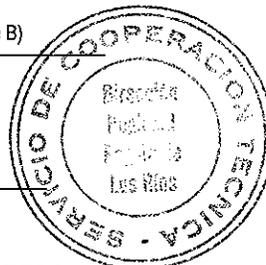
DETALLE GASTOS EFECTUADOS				
Fecha	Tipo Doc.	N° documento	Detalle	Valor
22.10.2015	FACTURA	71646139	Compra persianas plásticas	\$107.522.-
23.10.2015	boleta	3962523	Materiales instalación persiana	\$ 5.482.-
23.10.2015	boleta	3962524	Materiales instalación persiana	\$2.008.-
			<b>TOTAL</b>	<b>\$ 115.012.-</b>

### RESUMEN

A. TOTAL FONDOS RECIBIDOS	\$130.000.-
B. TOTAL GASTOS EFECTUADOS	\$115.012.-
C. + REINTEGRO FONDOS, RECIBO N° 17000007847 FECHA 30.10.2015 (*)	\$14.988.-
D. GASTOS EFECTUADOS + REINTEGRO FONDOS	\$130.000.-
E. SALDO FAVOR FUNCIONARIO (Cuando A es menor que B)	

V° B°

  
MARINA RIQUELME R  
DIRECTORA REGIONAL SERCOTEC LOS RIOS



### Notas:

1. No están autorizados los siguientes gastos: coronas de caridad, flores, regalos, medicamentos y propinas.
2. todos los campos son obligatorios



# Licencia Médica

Nº 2- 48398757

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

APELLIDO PATERNO: Villarreal APELLIDO MATERNO: Vass NOMBRES: Cecilia  
 FECHA EMISION LICENCIA: 03/11/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 09/11/15  
 Nº DE DIAS: 03 Nº DE DIAS EN PALABRAS: Tres

RUN: 70902041  
 FECHA DE NACIMIENTO: 26/04/85 EDAD: 30 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: \_\_\_\_\_ 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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_  
 MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL  
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL: 1 = SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 LUGAR DE REPOSO: 1  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO(3): \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE REPOSO: Placarte  
 CALLE: 2990 Int  
 Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: Villarreal  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: 973225400  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: Villarreal APELLIDO MATERNO: Jimenez NOMBRES: Cecilia  
 RUN: 76320085 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 307201 ESPECIALIDAD: Gen

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: \_\_\_\_\_  
 CALLE: Av. ...  
 COMUNA: Villarreal

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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

TOTAL DIAS: 03  
 DESDE: 08/11/15 HASTA: 11/11/15  
 DIA: 08 MES: 11 AÑO: 2015  
 DIA: 11 MES: 11 AÑO: 2015

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Trabajados.

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

Servicio de Cooperacion Tecnica  
 82174900 K  
 RUN TELEFONO  
 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 03/11/15  
 DIA MES AÑO  
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR Avenida Prat 747  
 Jardivia Valdivia  
 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

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)

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL 1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P.	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	SEGURO DE DESEMPLEO - Trabajador Afiliado a AFC 1= SI 2= NO - Contrato de duracion indefinida 1= SI 2= NO
CODIGO LETRA (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV. Capital	3	
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 1/5/04 13 DIA MES AÑO	FECHA CONTRATO DE TRABAJO 1/5/04 13 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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO Colmena

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES 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		% DESAHUCIO
	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	
	08	2015	30		1.343.358			Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.
	09	2015	30		1.671.189			
	10	2015	30		1.343.358			

(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		% DESAHUCIO
	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