



RECEPCIÓN DE LICENCIA MÉDICA

Fecha de Recepción: 08/05/2013

Rut Cotizante: 16.123.247-5

Número Correlativo : 2013094667
Servicio de Salud : 78 ISAPRE CRUZBLANCA S.A.
Sucursal : MONEDA BACK
Nombre Cotizante : KAREN MACARENA NADALES ROJAS
Folio de la Licencia : 39365568
Fecha Inicio Licencia : 07/05/2013
Razón Social Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC
Rut Empleador : 81698900-0
Fecha probable de pago (*) : 24/05/2013
Tipo de Licencia : PRIMERA
Antecedentes solicitados : -----

Cruz Blanca
MONEDA BACK

Firma y Timbre Isapre

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 consultar a Call Center, pagina Web y en cualquiera de nuestras sucursales.

Lugar de pago: En cualquier sucursal del BANCO BBVA

Sr(es). PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC Rut: 81698900-0

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

A la fecha, se registra(n) 94 empleado(s) con situación irregular en sus pagos, totalizando un monto impago que asciende a \$1.489.977.-

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 LUZ ELENA MONCADA

al teléfono 29982645

Si a la fecha de emisión de este detalle, Usted ha regularizado su situación de pagos, le agradeceremos no considerarlo.





Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, 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. N° 3/1984.

N° 2 - 39365568

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

FECHA EMISION LICENCIA:

FECHA INICIO DE REPOSO:

EDAD:

SEXO: M F

N° DE DIAS:

N° DE DIAS EN PALABRAS:

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

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 HIJO 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:

HORA:

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): CONTROL MEDICO.

DIRECCION: CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA: BAHIA IUGLESA
0736 - FUENTE ALTO.

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 23189105

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

RUN:

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:

CORREO ELECTRONICO:

TELEFONO:

DIRECCION:

FAX:

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

MEDICO: 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

Dr. RAFAEL VIZUETE BARROS
 Rut: 14.521.059-7

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OTROS DIAGNOSTICOS:

ANTECEDENTES CLINICOS:

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO:

SECCION B : (USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE)

SERVICIO DE SALUD O ISAPRE:

ESTABLECIMIENTO:

RESOLUCION N°:

CODIGO ESTABLECIMIENTO:

TIPO DE LICENCIA: 1 = PRIMERA 2 = CONTINUACION

DESDE:

HASTA:

AUTORIZADO POR:

DIAGNOSTICO:

N° DIAS PREVIOS:

1 = AUTORIZASE 2 = RECHAZASE 3 = AMPLIASE 4 = REDUCASE 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. N° 4078, 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: Reposo prolongado no justificado

PENDIENTE POR: 2

ISAPRE CRUZ BLANCA S.A.

Dr. Juan Villarreal Orrego
 Medico Contralor
 Isapre Cruz Blanca S.A.

FECHA DE RECEPCION EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRE:

FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE:

REDICTAMEN:

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE:

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.

El artículo 38 de la Ley 17.330 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio

Reg. Colegio Médico

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
 RUT.: 81.698.900-0
 02-5522375
 VICUNA MACKENNA 4866
 MACUL TELEFONO SANTIAGO
 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR
 7 MAY 2013
 RUN
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
 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.

9

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
 12 = PROFESOR.
 13 = OTRO PROFESIONAL.
 14 = TECNICO.
 15 = VENDEDOR.
 16 = ADMINISTRATIVO.
 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

19
 SECRETARIA

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP.
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

2

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)
 NOMBRE INT. PREV. *Amor*

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY Nº 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY Nº 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

3

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

1 = SI
 2 = NO

-Trabajador Afiliado a AFC 1 = SI
 2 = NO

-Contrato de duración indefinida 1 = SI
 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL
 DIA MES AÑO *19 10 07*

FECHA CONTRATO DE TRABAJO
 DIA MES AÑO *21 10 07*

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.F.
 D = EMPLEADOR

B

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO *CHILE B/INP*

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. Nº 44, 1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---------------------------------------------|-----------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|
| | MES | AÑO | Nº DE DIAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F) | MONTO | Nº DE DIAS |
| | <i>04</i> | <i>13</i> | <i>30</i> | <i>B</i> | <i>564.990</i> | <i>D</i> | <i>E</i> |
| | <i>05</i> | <i>13</i> | <i>30</i> | <i>B</i> | <i>645.710</i> | | |
| | <i>06</i> | <i>13</i> | <i>30</i> | <i>B</i> | <i>564.990</i> | | |

% DESAHUCIO

,

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

\$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

| 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 DEL. Nº 44, 1978) | | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL | |
|--------------------------------|---------------------------------------------|-----|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|
| | MES | AÑO | Nº DE DIAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F) | MONTO | Nº DE DIAS |
| | | | | <i>B</i> | | | |

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 |
| | | | | | | |

1 = SI
 2 = NO

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
 RUT.: 81.698.900-0
 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CONTINUA

CONTINUA