



# RECEPCIÓN DE LICENCIA MÉDICA

Fecha de Recepción: 27/09/2013

Rut Cotizante: 9.605.746-6

**Número Correlativo** : 2013229677  
**Servicio de Salud** : 78 ISAPRE CRUZBLANCA S.A.  
**Sucursal** : MONEDA BACK  
**Nombre Cotizante** : MARIA ANTONIETA VEGA ESCOBAR  
**Folio de la Licencia** : 41191084  
**Fecha Inicio Licencia** : 23/09/2013  
**Razón Social Empleador** : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC  
**Rut Empleador** : 81698900-0  
**Fecha probable de pago (\*)** : 14/10/2013  
**Tipo de Licencia** : PRIMERA  
**Antecedentes solicitados** : -----

Firma y Timbre Isapre

Cruzblanca  
 MONEDA BACK  
 5

### 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

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

A la fecha, se registra(n) 140 empleado(s) con situación irregular en sus pagos, totalizando un monto impago que asciende a \$1.875.001.-

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 FABIOLA BURGOS

al teléfono 29982663

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





SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE  
 RUT.: 81.698.900-0  
 RUN: El Comendador 1916  
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: Providencia Santiago  
 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EMPLEADOR: 24 SEP 2013  
 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.

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).

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.  
 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: 1 = SI 2 = NO  
 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01/01/07  
 FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01/05/07

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7  
 A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = C.C.A.F.  
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6  
 E = SERVICIO DE SALUD  
 F = MUTUAL  
 G = INP  
 H = EMPLEADOR

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. 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
	08	13	30	B	510.750	D	E
	07	13	23		391.127		
	06	13	30		510.750		

% 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 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

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	DIA	MES
3	10	07	13	07
4	06	07	13	07
3	06	07	13	07
3	20	07	13	07
3	20	07	13	07

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



## RECEPCIÓN DE LICENCIA MÉDICA

Fecha de Recepción: 02/10/2013

Rut Cotizante: 9.605.746-6

**Número Correlativo** : 2013233923  
**Servicio de Salud** : 78 ISAPRE CRUZBLANCA S.A.  
**Sucursal** : MONEDA BACK  
**Nombre Cotizante** : MARIA ANTONIETA VEGA ESCOBAR  
**Folio de la Licencia** : 41193496  
**Fecha Inicio Licencia** : 28/09/2013  
**Razón Social Empleador** : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC  
**Rut Empleador** : 81698900-0  
**Fecha probable de pago (\*)** : 17/10/2013  
**Tipo de Licencia** : CONTINUA  
**Antecedentes solicitados** : Licencia Continuada.

30

Firma y Timbre Isapre

CruzBlanca  
Timbre Isapre  
MONEDA BACK

### 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) 171 empleado(s) con situación irregular en sus pagos, totalizando un monto impago que asciende a \$3.380.514.-  
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 JEANETTE ACUNA

al teléfono 29982234

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- 41193496

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: VEGA APELLIDO MATERNO: ESCOBAR NOMBRES: MARIA RUN: 9605746-6  
 FECHA EMISION LICENCIA: 30/09/13 FECHA INICIO DE REPOSO: 20/09/13 EDAD: 45 SEXO: F  
 N° DE DIAS: 07 N° DE DIAS EN PALABRAS: SIETE

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_  
 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:  A = MAÑANA  B = TARDE  C = NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): \_\_\_\_\_  
 DIRECCION CALLE N°: DEPTO: COMUNA: 75 Fessen  
De Puy Puente  
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): \_\_\_\_\_

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: MARIN APELLIDO MATERNO: GUERRA NOMBRES: MARIA ESPECIALIDAD:  1 = MEDICO  2 = DENTISTA  3 = MATRONA  
 RUN: 7890456-2 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 14600-7 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
1842600 Arist y bivi

### 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: de Cruz Blanca RESOLUCION N°: 1527292  
 ESTABLECIMIENTO: MONEDA BACK CODIGO ESTABLECIMIENTO: 18  
 TIPO DE LICENCIA:  1 = AUTORIZASE  2 = RECHAZASE  3 = AMPLIASE  4 = REDUCIASE  5 = PENDIENTE DE RESOLUCION  6 = REDICTAMEN  
 DESDE: 20/09/13 HASTA: \_\_\_\_\_ AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO: 160x N° DIAS PREVIOS: 5  
 DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ DIAS: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_  
 1 = REPOSO LABORAL TOTAL  2 = REPOSO LABORAL PARCIAL  
 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° 4478, 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.

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.

ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCION EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: 02 OCT 2013

RECHAZO

FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: 03 OCT 2013

REDICTAMEN

FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: \_\_\_\_\_

RECHAZO

FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: \_\_\_\_\_

REDICTAMEN

FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: \_\_\_\_\_

ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE





SINDICATO N° 5 PUC  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Santiago, 28 de Octubre de 2013

SOLICITUD INTERNA  
PRÉSTAMO DE EMERGENCIA

NOMBRES : Maria Antonieta  
APELLIDOS : Vega Escobar  
RUT : 9.605.746-6  
UNIDAD : Diseño  
ANEXO : 7729  
MAIL : mvegae@uc.cl  
CAMPUS : Lo Contador

Vengo a solicitar a la directiva del sindicato N°5 PUC, el BENEFICIO PRÉSTAMO DE EMERGENCIA, MONTO \$ 250.000.-, el cuál me comprometo a devolver en 10 cuota(s) de \$ 25.000.- mensuales. Autorizando al sindicato para que dichas cuotas sean descontadas por planilla.

El Motivo de la solicitud es para Palear los días de licencia médica que se descontaron este mes (de 12 días solo me pagaron 2, fueron 2 licencias una por 5 días y la otra por 7 días, debo ir a el Compin pero el trámite demora después de apelar entre 30 y 60 días. En esta liquidación del mes de octubre recibí menos de \$100.000 situación que me complica demasiado.

En caso de encontrarme con licencia o en su efecto con sueldo insoluto, me comprometo a guardar el dinero de la cuota, ya que el sistema de remuneraciones, de manera automática descontará los saldos adeudados.

A su vez, autorizo al sindicato a descontar EL SALDO de mi deuda desde mi indemnización o de mi último sueldo, en caso de término de contrato con la Universidad o a causa de mi fallecimiento.

  
FIRMA