



REPÚBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCÓN
DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

ORD. N° 726 /2024.-

ANT. :

MAT. Lo que indica.

CONCÓN, 03 ABR 2024

DE: SR. PAULO CARRILLANCA ANTILEF
DIRECTOR DESARROLLO COMUNITARIO

A: SRTA. VICTORIA VALENCIA VÉLIZ
JEFA CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO

A través del presente, luego de saludar a usted, adjunto remito Informes Mensuales y Boletas de Honorarios de las siguientes personas:

| NOMBRE | N° BOLETA | N° DECRETO |
|--------------------------------|-----------|----------------|
| ASTRID CATALINA NAVARRO MORAGA | 51 | 338 25/01/2024 |

Se deja constancia que se han recepcionado conformes los trabajos realizados y se autoriza el pago correspondiente

Sin otro particular saluda atentamente a usted,



PCA/mnr
Distribución:
1.- Finanzas
2.- RR.HH.
3.- Dideco

ASTRID CATALINA NAVARRO MORAGA

BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA

N ° 51

RUT [REDACTED]

GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.,
ASISTENTE SOCIAL
[REDACTED]

Fecha: 02 de Abril de 2024

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE CONCON
Domicilio: SANTA LAURA 567 CONCON, CON CON

Rut: 73.568.600- 3

Por atención profesional:

| | |
|---|---------|
| APOYO ENCARGADA COMUNAL ESTRATIFICACION SOCIAL MARZO 2024 | 246.231 |
| Total Honorarios \$: | 246.231 |
| 13.75 % Impto. Retenido: | 33.857 |
| Total: | 212.374 |

Fecha / Hora Emisión: 02/04/2024 16:33



17353104000516A88E07

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

Fecha / Hora Impresión: 02/04/2024 16:33



DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS

| Período Informe | |
|-----------------------------|--|
| marzo 2024 | |
| Nombre Prestador (a) | Astrid Catalina Navarro Moraga |
| Rut | [REDACTED] |
| Cargo/Programa/Oficina/otro | Apoyo a Estratificación Social- Dideco |
| Nº Boleta Honorarios | 51 |

| Funciones |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Revisar permanentemente el estado de solicitudes, cartolas hogar, cartolas individual y obtener reportes.• Supervisar en terreno cuando sea necesario.• Apoyar el trabajo administrativo del encargado comunal en lo relativo a los convenios SIGEC que dependen de esta oficina.• Atención de usuarios/as e ingreso de solicitudes, actualización, rectificación y complementos de las mismas.• Visitas a terreno de usuarios/as que por pandemia o discapacidad no pueden acercarse a nuestras dependencias.• Revisión de datos de formularios y digitación de éstos.• Apoyar otras labores y actividades de la Dirección de Desarrollo comunitario, cuando así se requiere. |

| Actividades Realizadas |
|--|
| Semana del 1 al 5 marzo: <ul style="list-style-type: none">• Atención de Público.• Orientaciones varias Subsidios, beneficios del estado.• Revisar estado de solicitudes, cartolas de hogar, cartolas individual y obtener reportes.• Ingresos de solicitudes usuarios para actualización, rectificación y complementación de la información RSH.• Apoyo administrativo encargada de oficina RSH.• Entrega información a usuarios respecto a documentación necesaria para posibles postulaciones.• Organizar documentación diaria y archivar en sus respectivas carpetas para mantener información sistematizada.• Revisión cartolas verificación discapacidad usuario y/o orientación respecto a tramitación de beneficios del estado. |
| Semana del 6 al 10 marzo: <ul style="list-style-type: none">• Licencia Médica |
| Semana del 11 al 17 de marzo: <ul style="list-style-type: none">• Licencia Médica. |

Semana del 18 al 24 de marzo:

- Licencia Médica.

Semana del 25 al 28 de marzo

- Licencia Médica.

Semana del 29 al 31 de marzo

- Feriado Legal



FIRMA DE PRESTADORA

JEFE UNIDAD



V° B° DIDEKO





CONCÓN
avanzamos contigo

MEDIOS DE VERIFICACIÓN DEL MES

TALES COMO EJEMPLO FOTOS REUNIÓN, GLOSA DE CORREOS ENVIADOS, FOTOGRAFIAS DE TERRENOS, ACTAS DE REUNIONES, LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES, FOTOGRAFIA DE BITACORA LIBRO DE TERRENO, TODO INSTRUMENTO QUE DE CUENTA DE LA GESTIÓN REALIZADA DURANTE EL MES.



MINISTERIO DE SALUD

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

N° 3 [REDACTED]

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

| | | | |
|--------------------|---------------------|------------------------|------|
| NAVARRO | MORAGA | ASTRID CATAL | RUN |
| APPELLIDO PATERNO | APPELLIDO MATERNO | NOMBRES | |
| 06032024 | 06032024 | 34 | EDAD |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO | F | SEXO |
| 11 | ONGE | Nº DE DÍAS EN PALABRAS | |
| Nº DE DÍAS | | | |

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo y Jornas de adopción plena (Ley 18.867))

| | | | |
|-------------------|-------------------|---------|-----|
| APPELLIDO PATERNO | APPELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
| FECHA NACIMIENTO | | | |

A.3 TIPO LICENCIA

| | | | |
|--|----------|-----|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN | | | |
| 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA | | | |
| 3 = LICENCIA MATERINAL PRE Y POST NATAL | | | |
| 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO | | | |
| 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | | | |
| 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL | | | |
| 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO | | | |
| RECUPERABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO | | | |
| INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO | | | |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO | DÍA | MES | AÑO |
| HORA MINUTOS | TRAYECTO | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | MES | AÑO | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

| | |
|--|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL | |
| 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL | |
| SOLO PARA REPOSO PARCIAL | <input type="checkbox"/> A = MAÑANA |
| | <input type="checkbox"/> B = TARDE |
| | <input type="checkbox"/> C = NOCHE |
| LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO | |
| 2 = HOSPITAL | |
| 3 = OTRO DOMICILIO | |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (2) | |
| DIRECCIÓN: CALLE N.º, DEPTO, COMUNA RÍO MAULE 367, | |
| Concón | |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-86281187 | |

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|------------------|---|
| ARIAS | LOPEZ | HECTOR JULIO | 24719604 - 8 |
| APPELLIDO PATERNO | APPELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO | MEDICINA GENERAL | |
| 32-22723601 | ANABAENA 336, Viña del Mar | ESPECIALIDAD | |
| TELÉFONO/FAX | DIRECCIÓN | | <i>Documento firmado electrónicamente</i> |
| | | | FIRMA PROFESIONAL |

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

Licencia Médica

CLÍNICA COMPAÑIA LA LUNA S.A. de C.V. Licencia médica o la clínica, en su caso, podrá denegarla o revocarla si el profesional no cumple con las normas establecidas.

Segunda Acta de Ocio y Responsabilidad Exclusiva del Profesional

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| N A Y A R R I O | M O R A T A G | A S T R I D | C A T A L |
| APellido Paterno | Apellido Materno | Nombre | Nº de |
| 1 6 0 3 7 0 2 2 4 | 1 8 9 1 3 2 0 2 4 | 3 4 | 00000000000000000000 |
| FECHA DE NACIMIENTO | FECHA DE MATRIMONIO | SEXO | FECHA DE EXPEDICIÓN |
| 19 01 19 60 | 19 01 19 80 | H | 19 01 19 80 |
| APLICO AL TRABAJO | APLICO AL OCIO | APLICO AL OCIO | APLICO AL TRABAJO |
| Y | Y | Y | Y |
| ESTADO HACIENDAS | | | |

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Nota: Se considera por pertenencia familiar a los hijos nacidos en el año 19 60 y adelante (ver 19 60 y 2000 C. Civil Trabajo) juntos con sus descendientes hasta 19 80 (ver 19 80).

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| APLICO AL OCIO | APLICO AL TRABAJO |
| Y | Y |
| ESTADO HACIENDAS | |

A.3 TIPO LICENCIA

| | |
|--|---|
| 1 = ESTERILIZADO O ACCIDENTE OBSTÉTRICO | 2 = INFECCIÓN MATERNA, PINE, POSTPARTO |
| 3 = INFECCIÓN GRAVE MENOR DE 1400 | 4 = INFECCIÓN GRAVE MENOR DE 1400 |
| 5 = INFECCIÓN DEL TRABAJO DEL TRAVESERO | 6 = INFECCIÓN DEL PROFESIONAL |
| 7 = FATO, AGRES. EN EL TRABAJO | 8 = FATO, AGRES. EN EL TRABAJO |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

| | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| REQUISITO SANITARIO: | 1 = SI | 2 = NO | 3 = NO | 4 = SI | 5 = NO |
| LABORAL: | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DEL ACCIDENTE: | <input type="checkbox"/> |
| TRABAJO O OTRAS ACTIVIDADES: | <input type="checkbox"/> |
| TRABAJO: | <input type="checkbox"/> |
| OTRAS ACTIVIDADES: | <input type="checkbox"/> |
| REGIÓN DE LA OCUPACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE OCUPACIÓN: | MESES | ANOS | MESES | ANOS | MESES |

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| G I M E N E I Z | S A N C H E Z | J O S E T E R N E S T O |
| APLICO AL OCIO | APLICO AL TRABAJO | APLICO AL OCIO |
| Y | Y | Y |
| ESTADO HACIENDAS | | |

B.1 DATOS PERSONALES

| | |
|----------------------|-----------------------|
| NEUROCRÍGICA: | ESPACIO LIBRE |
| 1 = MEDICO | 2 = ENFERMISTA |
| 3 = ENFERMERA | 4 = ENFERMERA |

B.2 DATOS PROFESIONALES

| |
|---|
| DOCUMENTO FIRMADO ALFABETICAMENTE: |
| FIRMA PROFESIONAL: |

| | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--------------|------------|----------------------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|-------------------|------------|
|  <p>CLINICA - Sucursal: CLINICA CIUDAD DEL MAR S.A. - Ciudad Del Mar SA Empleador que se pronuncia: TONASA</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR</p> <p>ASTRID CATALINA NAVARRO MORAGA (RUT: 17353104-4)</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Datos Profesional</p> <table border="1"> <tr> <td>Profesional</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Rut</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Especialidad</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Dirección</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table> | | Profesional | [REDACTED] | Rut | [REDACTED] | Especialidad | [REDACTED] | Dirección | [REDACTED] | | |
| Profesional | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Rut | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Especialidad | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Dirección | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| <p>2. Datos Trabajador</p> <table border="1"> <tr> <td>Nomina</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Rut</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Clave</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Tipo Licencia</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table> | | Nomina | [REDACTED] | Rut | [REDACTED] | Clave | [REDACTED] | Sexo | [REDACTED] | Tipo Licencia | [REDACTED] |
| Nomina | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Rut | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Clave | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Sexo | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Tipo Licencia | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| <p>3. Datos Reposo</p> <table border="1"> <tr> <td>Fecha Inicio</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Nº Días</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Fecha Final</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Tipo</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table> | | Fecha Inicio | [REDACTED] | Nº Días | [REDACTED] | Fecha Final | [REDACTED] | Tipo | [REDACTED] | | |
| Fecha Inicio | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Nº Días | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Fecha Final | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Tipo | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| <p>4. Estado de la licencia</p> <table border="1"> <tr> <td>Estado</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Fechas Última Modificación</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Motivo Aprobación</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Motivo Rechazo</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>Motivo Devolución</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table> | | Estado | [REDACTED] | Fechas Última Modificación | [REDACTED] | Motivo Aprobación | [REDACTED] | Motivo Rechazo | [REDACTED] | Motivo Devolución | [REDACTED] |
| Estado | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Fechas Última Modificación | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Motivo Aprobación | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Motivo Rechazo | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| Motivo Devolución | [REDACTED] | | | | | | | | | | |
| <p>RESOS</p> <p>EN Estimado trabajador: Este compromiso debes entregarlo a su empleador para la transmisión de su licencia médica, si que debes enviar por correo electrónico o a través de otro medio (foto o comprobante escaneado). Sin embargo, es muy importante que guarda la evidencia del envío de su licencia al empleador.</p> <p>Firma o linda con el empleado y fecha de recepción:</p> <p>[REDACTED]</p> | | | | | | | | | | | |

MAY 2003 VOL 30 / NO 5

13 Norie 635 - Viña del Mar - 32 245 10 00

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.