



## Licencia Medica

Nº3 Folio: 14907102-4

OPERADOR: 4

### SECCION 0:

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiario de total a parcial y viceversa, Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	96501450-0 : CRUZ BLANCA		14375039-6	197018
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION
1-OTORGADA	01-06-23 14:57	10100	65082446-6			
5-TRAMITADA	03-06-23 02:18	10100	65082446-6			

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BENAVIDES	SEPULVEDA	SANDRA	13391871-K	44	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

01	06	23
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO

03	06	23
Dia	Mes	Año

N DE DIAS

30
----

N DE DIAS EN PALABRAS

TREINTA
---------

#### 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=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL      1=Si      2=No      INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ      1=Si      2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO      TRAYECTO      1=Si      2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	3	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
TRATAMIENTO AMBULATORIO			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA LAS LENGUAS 405 SAN PEDRO DE LA PAZ			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 999183011			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

FLORIO	BASSALETTI	CARLA GIOVANNA	14375039-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	209	CARLAFLORIO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

Avda libertador bernardo O Higgins 1448 # Concepcion chile	412290184	
---	-----------	--

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

#### A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL
--------------------------

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO
-------------------------------

#### A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	SABENAVI@HOTMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR



## Licencia Medica

Nº3 Folio: 14907102-4

OPERADOR: 4

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiario de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

### SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION		65082446-6	412482871	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN						
NOMBRE		RUN		TELÉFONO							
LAUTARO 487 487 487		CONCEPCIÓN		<table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>06</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		01	06	23	Dia	Mes	Año
01	06	23									
Dia	Mes	Año									
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA		CIUDAD							
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR				OCCUPACION							
<p>0=Agricultura, Servicios Agricolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petroleos y Canteras 2=Industrias Manufactureras 3=Construcion 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</p> <p>7</p>				<p>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 (Especifico)</p> <p>DOCENTE PIE</p>							

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

REGIMEN PREVISIONAL		CALIDAD TRABAJADOR		SEGURO DESEMPLEO																			
<p>2</p> <p>1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CODIGO :1003</p> <p>LETRA (CAJA <input type="checkbox"/> PREV.)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. CUPRUM -</p>		<p>3</p> <p>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</p>		<p>TRABAJADOR AFILIADO A AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No</p> <p>CONTRATO DE DURACION <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No</p> <p>INDEFINIDA</p>																			
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF		FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL		FECHA CONTRATO DE TRABAJO																			
<table border="1"> <tr> <td>02</td> <td>06</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		02	06	23	Dia	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>03</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		01	03	03	Dia	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>03</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		01	03	19	Dia	Mes	Año
02	06	23																					
Dia	Mes	Año																					
01	03	03																					
Dia	Mes	Año																					
01	03	19																					
Dia	Mes	Año																					

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7		SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6	
<p>B</p> <p>A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador</p>		<p>E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador</p>	

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

ISAPRE

#### 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 OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE / EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS 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 D.F.L. N 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO
	MES	ANO	N DE DIAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORPORACION MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 U.F.)	MONTO	N DE DIAS	
	A			B	C	D	E	
1003	05	2023	0	0	0	0	30	
1003	04	2023	0	0	0	0	30	
1003	03	2023	0	0	0	0	30	

REMUNERACION IMPONIBLE MES ANTERIOR INICIO LICENCIA MEDICA (TOPE 109,8 U.F.) PARA TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C.							
\$ 1242702							

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO
30	04	05	2023	02	06	2023
29	04	04	2023	03	05	2023
30	04	04	2023	02	05	2023

1=Si  
2=No

ART. 13 - EL EMPLEADOR DEBERA PRESENTAR LA LICENCIA MEDICA ANTE EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE CORRESPONDIENTE, DENTRO DE LOS TRES DIAS HABILES SIGUIENTES DE RECEPCIONADO EL DOCUMENTO.