



Licencia médica

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. No 3/1984.

*** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



N° 3 FOLIO: 16352953-K

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PARRA	ÁVILA	NICOLE STEPHANIE	19119317-2	28	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR	NICOLEPARRAA@GMAIL.COM	934590812			
CANAL	EMAIL	DATO			

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
<div>26</div> <div>10</div> <div>23</div> <div>Día Mes Año</div>	<div>26</div> <div>10</div> <div>23</div> <div>Día Mes Año</div>	30	TREINTA

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo 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	RUN	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=Patología del Embarazo	<input checked="" type="checkbox"/> 1
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA DE LA CONCEPCION	

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 3		
1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) AMBULATORIA		
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA CORDILLERA, TORRE B 3570 CORONEL CHILE		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 934590812		

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MORALES	ETCHEBERRY	FRANCISCA	13725733-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PSIQUIATRIA	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Medico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	17644	FMORALESE@YAHOO.CL
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
O'HIGGINS N° 680 OFICINA 506 # CONCEPCIÓN CHILE			0
DIRECCION			TELEFONO FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.
Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO:
TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
TRABAJADOR DEPENDIENTE:



Licencia médica

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. No 3/1984.



SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE		RUN	TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR <input type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, 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) <input type="text"/>
---	---

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

REGIMEN PREVISIONAL <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: <input type="text"/> Letra (Caja Prev.): <input type="text"/> Nombre Int. Prev.: <input type="text"/>	CALIDAD TRABAJADOR <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mes Año	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL <input type="text"/>	FECHA CONTRATO DE TRABAJO <input type="text"/>
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:		
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 <input type="checkbox"/> A=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B=Isapre <input type="checkbox"/> C=C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6 <input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F=Mutual <input type="checkbox"/> G=INP <input type="checkbox"/> H=Empleador	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: <input type="text"/>		



Licencia médica

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. No 3/1984.



C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector público deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda.

Los trabajadores del sector público que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80 además 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 imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E

% DESAHUCIO

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede 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

Total Dias	Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	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.

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

=====COMPIN=====FONASA=====
Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000
Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl



Comprobante de Licencia Médica Electrónica

Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite.



Operador: 4 (MEDIPASS)
Folio Licencia: 16352953-K
Estado: 1 (Otorgada)

1. Identificación del Trabajador

Nombre: NICOLE STEPHANIE PARRA ÁVILA
RUT: 19119317-2

Edad: 28
Sexo: FEMENINO
Fecha de Emisión: 26-10-2023
Inicio de Reposo: 26-10-2023
N° de días: 30
Tipo de licencia: MIXTA - ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN (1)

2. Identificación del Hijo

Nombre: Fecha nacimiento:
RUN:

3. Datos de reposo

Fecha Inicio: 26-10-2023 Fecha Termino: 24-11-2023
N° Días: 30 Tipo Reposo: Reposo TOTAL
Dirección Reposo: cordillera, torre B 3570
Teléfono: 934590812

4. Datos del Prestador

Razón Social: SOCIEDAD MEDICA MORALES ZULOAGA CIA LTDA
Profesional: FRANCISCA Morales Etcheberry
Entidad que pronuncia: FONASA

Fecha y firma recepción licencia por el Empleador:

Firma y timbre del empleador

Estimado trabajador: Este comprobante debe entregarlo a su empleador para la tramitación de su licencia médica, el que debe enviar por correo electrónico o a través de otro medio (foto o comprobante escaneado). Sin embargo, es muy importante que guarde la evidencia del envío de su licencia al empleador.

Estimado empleador: Con el propósito de evitar la tramitación de licencias médicas electrónicas de empleador no adscrito en formato físico, hemos dispuesto un sitio web donde usted podrá tramitar esta licencia médica de manera electrónica, agilizando su cálculo y pronunciamiento. Para esto, debe ingresar a <http://www.medipass.cl/tramitar> y seguir los pasos ahí señalados accediendo con el folio de esta licencia y el código **2D0E71** Recuerde que puede adscribirse a la tramitación electrónica a través del sitio <http://www.lmempleador.cl>; a partir de Enero 2021 la tramitación de las licencias médicas será exclusivamente electrónica, con excepciones debidamente fundadas (Decreto N°46, Ministerio de Salud)

El contenido de la licencia médica electrónica es el mismo que tiene el formulario de papel y la tramitación de la Licencia Médica Electrónica se enmarca dentro de la legalidad vigente. Lo anterior se encuentra regulado en el DS N° 3 del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 168 del año 2006, y las Circulares N° 2338 y 2773 de la Superintendencia de Seguridad Social. En caso que reciba una copia impresa de la Licencia Médica Electrónica, ésta es absolutamente legal, y por tanto documento hábil para que usted la trámite ante la entidad respectiva. Si Ud requiere mayor información puede contactarse a FONASA: www.fonasa.cl, fono 600-3603000 Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO): www.suseso.cl, o directamente en el sitio web lme.gob.cl

Conozca el estado de tramitación de ésta licencia médica electrónica, accediendo al sitio www.medipass.cl, e ingresando los datos RUT:19119317-2, Folio: 16352953-K y código de verificación: 2D0E71.

VALIDE LA LICENCIA EN [HTTP://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=2D0E71](http://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=2D0E71)

