



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: CRUZ BLANCA



N° 3 FOLIO: 16358175-2

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BENAVIDES	SEPULVEDA	SANDRA	13391871-K	45	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
1 - MAIL	SABENAVI4@HOTMAIL.COM				
CANAL	EMAIL				
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
<input type="text" value="28"/> Dia	<input type="text" value="10"/> Mes	<input type="text" value="23"/> Año	<input type="text" value="30"/> 30	<input type="text" value="TREINTA"/> 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 adopcion plena (Ley 18.867).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva <input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total 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	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1=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 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 type="checkbox"/> 3=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) TRATAMIENTO AMBULATORIO		
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA LAS LENGAS 405 SAN PEDRO DE LA PAZ CHILE		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0		

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

FLORIO	BASSALETTI	CARLA GIOVANNA	14375039-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PSIQUIATRÍA	<input type="checkbox"/> 1=Medico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	209	CARLAFLORIO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AVDA LIBERTADOR BERNARDO OHIGGINS 1448 # CONCEPCIÓN CHILE			412290184
DIRECCION		TELEFONO	FAX

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 inicio del periodo 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.



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



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.

4 016358175020

Licencia médica

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	OCCUPACION
<input type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agricolas, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/> 1=Minas, Petroleos y Canteras <input type="checkbox"/> 2=Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> 3=Construccion <input type="checkbox"/> 4=Electricidad, Gas y Agua <input type="checkbox"/> 5=Comercio <input type="checkbox"/> 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones <input type="checkbox"/> 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Tecnicos, Profesionales y Otros <input type="checkbox"/> 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales <input type="checkbox"/> 9=Actividad No Especificada	<input type="checkbox"/> 11=Ejecutivo o Directivo <input type="checkbox"/> 12=Profesor <input type="checkbox"/> 13=Otro Profesional <input type="checkbox"/> 14=Tecnico <input type="checkbox"/> 15=Vendedor <input type="checkbox"/> 16=Administrativo <input type="checkbox"/> 17=Operario, Trabajador Manual <input type="checkbox"/> 18=Trabajador de Casa Particular <input type="checkbox"/> 19=Otro (Especificlar)

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Código <input type="checkbox"/> Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Prev.	<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	Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 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
<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	<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:



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.

A standard linear barcode representing the number 4 016358 175020.

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)

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

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo 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

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: 16358175-2
 Estado: 1 (Otorgada)

1. Identificación del Trabajador

Nombre: SANDRA BENAVIDES SEPULVEDA
 RUT: 13391871-K

Edad: 45
 Sexo: FEMENINO
 Fecha de Emisión: 28-10-2023
 Inicio de Reposo: 31-10-2023
 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:	31-10-2023	Fecha Termino:	29-11-2023
Nº Días:	30	Tipo Reposo:	Reposo TOTAL
Dirección Reposo:	LAS LENGAS 405		
Teléfono:	0		

4. Datos del Prestador

Razón Social: CARLA FLORIO BASSALETTI
 Profesional: Carla Giovanna Florio Bassaletti
 Entidad que pronuncia: CRUZ BLANCA

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 **95BE4A** 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 excepcionalidades 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 (SUSESOS): 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:13391871-K, Folio: 16358175-2 y código de verificación: **95BE4A**.

VALIDE LA LICENCIA EN [HTTP://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=95BE4A](http://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=95BE4A)

