



Licencia Medica

N°3 Folio: 18248992-1

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 cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA		13517403-3	270877	

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	20-05-24 10:33	10100	65082446-6				
51- TRAMITADA PARA CCAF	23-05-24 00:42	10102	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA	GONZÁLEZ	LIDIA PILAR	11556409-9	53	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

20

05

24

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

17

05

24

Día

Mes

Año

N DE DIAS

30

N DE DIAS EN PALABRAS

TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1

1=Enfermedad o Accidente Comun  
2=Prorroga Medicina Preventiva  
3=Licencia Maternal Pre y Post Natal  
4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano  
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto  
6=Enfermedad Profesional  
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

1=Si  
2=No

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

2

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)

AMBULATORIO

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

PASAJE 12 6152 HUALPÉN

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

36399016

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

SAAVEDRA	PONCE	MARIA LORETO	13517403-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRÍA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	6294	LORESAAVEDRAP@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

EUGENIO BRITO 67 # San Pedro de la Paz chile	0	FAX
DIRECCION	TELEFONO	

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

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

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	LIDESPINOZAG@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



# Licencia Medica

N°3 Folio: 18248992-1  
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 cambiarlo 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	TELEFONO		
LAUTARO 487 0		CONCEPCIÓN		20 05 24 Dia Mes Ano	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCUPACION			
7 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		19 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)  EDUCADORA DIFERENCIAL PIE			

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P.  CODIGO 1005 LETRA (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV. HABITAT -	3 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	TRABAJADOR AFILIADO A AFC 1 1=Si 2=No  CONTRATO DE DURACION 1 1=Si 2=No INDEFINIDA
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
22 05 24 Dia Mes Ano	01 09 05 Dia Mes Ano	29 03 22 Dia Mes Ano

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
C A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	 E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

LOS ANDES

### 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 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 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	
1005	04	2024	0	0	0	0	30	
1005	03	2024	0	0	0	0	30	
1005	02	2024	0	0	2625	0	30	

REMUNERACION IMPONIBLE MES ANTERIOR INICIO LICENCIA MEDICA (TOPE 109,8 U.F.) PARA TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C.  
\$ 1250768

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			1=Si 2=No
	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO	
30	02	04	2024	01	05	2024	1
30	03	03	2024	01	04	2024	
30	02	02	2024	02	03	2024	
30	03	01	2024	01	02	2024	
30	04	12	2023	02	01	2024	
2	14	09	2023	15	09	2023	
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.							
FIRMADO ELECTRONICAMENTE							
NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE							

### C.C COMPLEMENTO

10102		1=SI 2=NO
-------	--	--------------

CODIGO TRAMITACION

TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE			ARCHIVO	
MES ANO	NOMBRE HABER	MONTO HABER	TIPO ARCHIVO	URL ARCHIVO
			1	VER ARCHIVO
			1	VER ARCHIVO
			1	VER ARCHIVO