



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 período 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: 21124333-3

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ARANEDA	VALDEBENITO	KATHERINE MARGOT	17899289-9	33	F				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO				
2 - CELULAR	KATHY.ARANEDA.V@HOTMAIL.COM	973916861							
CANAL	EMAIL	DATO							
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS						
<input type="text"/> 14 Dia	<input type="text"/> 04 Mes	<input type="text"/> 25 Año	<input type="text"/> 14 Dia	<input type="text"/> 04 Mes	<input type="text"/> 25 Año	1	UNO		

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"/> 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 <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No		INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> 1=Si <input checked="" type="checkbox"/> 2=No	
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=Si <input checked="" type="checkbox"/> 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCION			

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 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"/> 1		1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA VILLA RAMUNCHO PJE 1 2 CHIGUAYANTE CHILE			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 973916861			

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

SAEZ	MONToya	RUBY OROSMÁN	9715173-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA GENERAL	<input type="checkbox"/> 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	103885	RUBYSAEZ@YAHOO.ES
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
MANUEL RODRIGUEZ 429, CHIGUAYANTE # CHIGUAYANTE CHILE		412978302	
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 a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR DEPENDIENTE:
Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



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	OCCUPACION
<input type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agricolas, 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	<input type="checkbox"/> 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 (Especificlar) <input type="text"/>

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 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo <input type="text"/> Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/> Nombre <input type="text"/> Int. <input type="text"/> Prev.	<input type="checkbox"/> 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 <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="text"/> Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> 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 B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	<input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP 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 período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

A standard linear barcode representing the ISBN number 978-0-211-24333-0.

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: 21124333-3
Estado: 1 (Otorgada)

1. Identificación del Trabajador

Nombre: KATHERINE MARGOT ARANEDA VALDEBENITO
RUT: 17899289-9

Edad: 33
Sexo: FEMENINO
Fecha de Emisión: 14-04-2025
Inicio de Reposo: 14-04-2025
Nº de días: 1
Tipo de licencia: MIXTA - ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN (1)

2. Identificación del Hijo

Nombre: Fecha nacimiento:
RUN:

3. Datos de reposo

Fecha Inicio: 14-04-2025 Fecha Termino: 14-04-2025
Nº Días: 1 Tipo Reposo: Reposo TOTAL
Dirección Reposo: VILLA RAMUNCHO PJE 1 2 Chiguayante
Teléfono: 973916861

4. Datos del Prestador

Razón Social: RUBY OROSMAN SAEZ MONTOYA
Profesional: Ruby Orosmán Saez Montoya
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 <https://wlme.medipass.cl/tramitar> y seguir los pasos ahí señalados accediendo con el folio de esta licencia y el código **EA8C69**. Recuerde que puede adscribirse a la tramitación electrónica a través del sitio <http://www.lmempleado.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:17899289-9, Folio: 21124333-3 y código de verificación: **EA8C69**.

VALIDE LA LICENCIA EN [HTTPS://WLME.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=EA8C69](https://WLME.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA/?HASH=EA8C69)

