



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: 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 | | |
| 14 04 25 Dia Mes Ano | 14 04 25 Dia Mes Ano | 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 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 | 1 |
| 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=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial | SOLO PARA REPOSO PARCIAL | A=Manana B=Tarde C=Noche |
| LUGAR DE REPOSO | 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 | 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 |



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

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 emisión y dentro 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.



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

| | | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|---|---------------------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR | CODIGO COMUNAL USO COMPIN |
| NOMBRE | | RUN | TELEFONO | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR | | COMUNA | CIUDAD | | |

| | |
|--|---|
| ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR | OCUPACION |
| <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 | 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 | 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="text"/> Nombre Int. <input type="text"/> Prev. <input type="text"/> | <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 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No |
| FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF | FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL | FECHA CONTRATO DE TRABAJO |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mes Año | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 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 Días | 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: 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
N° 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
N° 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.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 informacion 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)

