



Licencia Medica

N°3 Folio: 21744862-K

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	96501450-0 : CRUZ BLANCA		61602189-3	75711	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	30-06-25 14:40	10100	65082446-6				
5- TRAMITADA	30-06-25 22:38	10100	65082446-6				
7- PRONUNCIADA	02-07-25 20:27	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BENAVIDES	SEPULVEDA	SANDRA	13391871-K	46	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

30

06

25

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

28

06

25

Día

Mes

Año

N DE DIAS

30

N DE DÍAS 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 año
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

1

1=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

LA CUESTA 998 HUALQUI

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

999183011

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MUNOZ	ISLA	RODRIGO	12918925-8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA INTERNA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	16594	ROMUNOZ@MSN.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

SAN MARTIN 1436 # Concepción chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	SABENAVI4@HOTMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



Licencia Medica

N°3 Folio: 21744862-K
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 B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

CONFIDENCIAL		PRONUNCIAMIENTO INICIAL	78-1	CONFIDENCIAL	CONFIDENCIAL	
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE		TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCION N	ESTABLECIMIENTO	CODIGO ESTABLECIMIENTO	

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNOSTICO	CONTINUACION	N DIAS PREVIOS
1	28 06 25 Dia Mes Ano	27 07 25 Dia Mes Ano	0 DIAS	CODIGO	2 1=Primera 2=Continuacion	90

2 1=Autorizase 2=Rechazase 3=Ampliase 4=Reducece 5=Pendiente de Resolucion REDICTAMEN 2	CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnostico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar) 2	CONFIDENCIAL 1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial SOLO PARA REPOSO PARCIAL A=Manana B=Tarde C=Noche	A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. C B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio.
--	--	--	--

RECHAZADA NO PROCEDE LIC. MED. INVALIDEZ ACEPTADA		PENDIENTE POR
---	--	---------------

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO	
---------------------------------	--

FECHA DE RECEPCION EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	CONFIDENCIAL FIRMADO ELECTRONICAMENTE NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE
01 07 25 Dia Mes Ano	02 07 25 Dia Mes Ano	01 01 00 Dia Mes Ano	

CONFIDENCIAL

REGISTRO COLEGIO MEDICO

El articulo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulacion o engano, con reclusion menor en sus grados minimo a medio.



Licencia Medica

N°3 Folio: 21744862-K
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 487 487 487		CONCEPCIÓN		30 06 25 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		12 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)			

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 -1 LETRA (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV. NO COTIZA A.F.P.	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 2 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
30 06 25 Dia Mes Ano	01 03 03 Dia Mes Ano	01 03 19 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
B 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:

ISAPRE

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	
-1	05	2025	0	0	0	0	30	
-1	04	2025	0	0	0	0	30	
-1	03	2025	0	0	0	0	30	

REMUNERACION IMPONIBLE MES ANTERIOR INICIO LICENCIA MEDICA (TOPE 109,8 U.F.) PARA TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C.
\$ 1378369

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 1=Si 2=No	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.
	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO		
30	30	05	2025	28	06	2025		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10100	1 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