



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 Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
28 06 25 Dia Mes Ano

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=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	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	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	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
<small>SERVICIO DE SALUD O ISAPRE</small>	<small>TIPO DE PRONUNCIAMIENTO</small>	<small>RESOLUCION N</small>	<small>ESTABLECIMIENTO</small>	<small>CODIGO ESTABLECIMIENTO</small>

<small>TIPO DE LICENCIA</small>	<small>DESDE</small>	<small>HASTA</small>	<small>AUTORIZADO POR</small>	<small>DIAGNOSTICO</small>	<small>CONTINUACION</small>	<small>N DIAS PREVIOS</small>
1	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">28</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">06</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">25</div> </div> <small>Dia Mes Ano</small>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">27</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">07</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">25</div> </div> <small>Dia Mes Ano</small>	0 DIAS	CODIGO	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">2</div> <div>1=Primera 2=Continuacion</div> </div>	90

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <small>REDICTAMEN</small> 2 </div> <div style="font-size: small;"> 1=Autorizase 2=Rechazase 3=Ampliase 4=Reducece 5=Pendiente de Resolucion </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <small>CAUSA RECHAZO</small> 2 </div> <div style="font-size: x-small;"> 1=Reposo Injustificado 2=Diagnostico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar) </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <small>CONFIDENCIAL</small> 1 </div> <div style="font-size: x-small;"> 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial <small>SOLO PARA REPOSOS PARCIAL</small> A=Manana B=Tarde C=Noche </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <small>CONFIDENCIAL</small> C </div> <div style="font-size: x-small;"> 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. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio. </div>
--	---	---	--

RECHAZADA NO PROCEDE LIC. MED. INVALIDEZ ACEPTADA	<small>PENDIENTE POR</small>
--	------------------------------

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO

<small>FECHA DE RECEPCION EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES</small>	<small>FECHA DE EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRES</small>	<small>REDICTAMEN</small>	CONFIDENCIAL
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">01</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">07</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">25</div> </div> <small>Dia Mes Ano</small>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">02</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">07</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">25</div> </div> <small>Dia Mes Ano</small>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">01</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">01</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">00</div> </div> <small>Dia Mes Ano</small>	FIRMADO ELECTRONICAMENTE <small>NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE</small>

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	<input type="text" value="30"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="25"/> Dia Mes Ano	<input type="text"/>
LAUTARO 487 487 487	CONCEPCIÓN				
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR			OCUPACION		
<input type="text" value="7"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petroleos y Canteras 2=Industrias Manufactureras 3=Construcción 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="text" value="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
<input type="text" value="2"/> 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. CODIGO <input type="text" value="-1"/> LETRA (CAJA <input type="text"/>) PREV.) NOMBRE INT. PREV. <input type="text" value="NO COTIZA A.F.P."/>	<input type="text" value="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 <input type="text" value="2"/> 1=Si 2=No CONTRATO DE DURACION <input type="text" value="1"/> 1=Si 2=No INDEFINIDA
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="text" value="30"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="25"/> Dia Mes Ano	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="03"/> Dia Mes Ano	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="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
<input type="text" value="B"/> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	<input type="text"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

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	<input type="text" value="\$ 1378369"/>
-1	04	2025	0	0	0	0	30	
-1	03	2025	0	0	0	0	30	

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		
	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO
30	30	05	2025	28	06	2025

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.

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10100	<input type="text"/>	1=SI 2=NO
CODIGO TRAMITACION	TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES	

DETALLE	MES ANO	NOMBRE HABER	MONTO HABER

ARCHIVO	TIPO ARCHIVO	URL ARCHIVO
	1	VER ARCHIVO
	1	VER ARCHIVO
	1	VER ARCHIVO