



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.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 16294969-1  
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61607202-1	10321

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	21-10-23 14:45	10100	65082446-6				
51- TRAMITADA PARA CCAF	25-10-23 08:10	10102	65082446-6				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MARDONES	CARRASCO	LUZMIRA CARMEN	13508579-0	45	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA

21

10

23

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

19

10

23

Día

Mes

Año

Nº DE DÍAS

30

Nº DE DÍAS EN PALABRAS

TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1

1=Enfermedad o Accidente Común  
2=Prórroga 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=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

1=Si  
2=No

INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ

2

1=Si  
2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO

1=Si  
2=No

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1

1=Reposo Laboral Total  
2=Reposo Laboral Parcial

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL

A=Mañana  
B=Tarde  
C=Noche

LUGAR DE REPOSO

1

1=Su Domicilio  
2=Hospital  
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA

POSTDAM PONIENTE 1082 HUALPÉN CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

978982508

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PAZ	MU¿Z	MARCO ANTONIO	15550341-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	<div><div>1</div><div>1=Médico 2=Dentista 3=Matrona</div></div>	108172	MARCOPAZMED@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

ALTO HORNO 777 LAS HIGUERAS # TALCAHUANO CHILE	412687293	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

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

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:  
TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
TRABAJADOR DEPENDIENTE:

https://wlme.medipass.cl/WebAppDis/linkxml/xml/4469859.xml

1/4



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION		65082446-6	412482871	FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN		TELÉFONO	
LAUTARO 487		CONCEPCIÓN		0801	08101
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA		CIUDAD	
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR			OCUPACIÓN		
<div>9 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petróleos 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 Técnicos, Profesionales y Otros 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada</div>			<div>19 11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Técnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar)</div> <div>APOYO ADMINISTRATIVO SEP</div>		

C.2 IDENTIFICACIÓN DEL RÉGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

RÉGIMEN PREVISIONAL	CLASIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<div>2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo 100 Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev.</div>	<div>3 1=Trabajador sector público afecto a la ley n° 18.834. 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n° 18.834. 3=Trabajador dependiente sector privado 4=Trabajador Independiente</div>	<div>Trabajador afiliado a AFC 1 1=Si 2=No Contrato de duración indefinida 1 1=Si 2=No</div>
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<div>01 05 98 Día Mes Año</div>	<div>01 05 98 Día Mes Año</div>	<div>16 08 16 Día Mes Año</div>
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:		
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6	
<div>C A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador</div>	<div>E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador</div>	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CCAF DE LOS ANDES		

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.

INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE / EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Código Institución Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones impositivas excepto las ocasionales que corresponda a un período superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		% DESAHUCIO
	Mes	Año	N° de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones impositivas para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N° de días	
	A			B	C	D	E	
1005	09	2023	30	0	1248406			Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.
1005	08	2023	30	0	1118460			
1005	07	2023	30	0	1190558			\$ 0

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 ÚLTIMOS 6 MESES

Total Días	Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	1					
NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE						

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.

C.C COMPLEMENTO

10102	1=Si 2=No
CÓDIGO TRAMITACIÓN	TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE

ARCHIVO

Tipo Archivo	URL Archivo
--------------	-------------

Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber	1	<a href="#">VER ARCHIVO</a>
			1	<a href="#">VER ARCHIVO</a>
			1	<a href="#">VER ARCHIVO</a>