



# 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		FECHA INICIO DE REPOSO		Nº DE DÍAS	
<input type="text" value="21"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="23"/> Día Mes Año		<input type="text" value="19"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="23"/> Día Mes Año		30	
		Nº DE DÍAS EN PALABRAS		TREINTA	

### A.3 TIPO DE LICENCIA

<input type="checkbox" value="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 <input type="checkbox" value="1"/> 1=Sí 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ <input type="checkbox" value="2"/> 1=Sí 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox" value="1"/> 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Mañana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox" value="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	MUÑOZ	MARCO ANTONIO	15550341-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	<input type="checkbox" value="1"/> 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	108172	MARCOPEZMED@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	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	LUZMIRMC@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR	

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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 dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



## 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	21 Dia	10 Mes	23 Año	08101
LAUTARO 487		CONCEPCIÓN	0801				
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD				
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR				OCCUPACIÓN			
<input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/> 1=Minas, Petróleos y Canteras <input type="checkbox"/> 2=Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> 3=Construcción <input type="checkbox"/> 4=Electricidad, Gas y Agua <input type="checkbox"/> 5=Comercio <input type="checkbox"/> 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones <input type="checkbox"/> 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros <input type="checkbox"/> 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales <input type="checkbox"/> 9=Actividad No Especificada				<input checked="" type="checkbox"/> 11=Ejecutivo o Directivo <input type="checkbox"/> 12=Profesor <input type="checkbox"/> 13=Otro Profesional <input type="checkbox"/> 14=Técnico <input type="checkbox"/> 15=Vendedor <input type="checkbox"/> 16=Administrativo <input type="checkbox"/> 17=Operario, Trabajador Manual <input type="checkbox"/> 18=Trabajador de Casa Particular <input type="checkbox"/> 19=Otro (Especificar)			
				APOYO ADMINISTRATIVO SEP			

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

RÉGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P.  Código <input type="text" value="1005"/> Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/>  Nombre <input type="text" value="Int. Prev."/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Trabajador sector público afecto a la ley n° 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n° 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No  Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dia Mes Año	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 98 Dia Mes Año	<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 16 Dia Mes Año

## 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
<input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B=Isapre <input type="checkbox"/> C=C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D=Empleador	<input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F=Mutual <input type="checkbox"/> G=INP <input type="checkbox"/> 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 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 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	Año	Nº de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)		
1005	09	2023	30		0	1248406		
1005	08	2023	30		0	1118460		
1005	07	2023	30		0	1190558		

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			<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 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.
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

## C.C COMPLEMENTO

10102	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 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>