



Licencia Medica

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 cambiario de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

*** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA

4 001634673109

N° 3 FOLIO: 1634673-K

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

IBARRA	FUENTES	REBECA PAMELA	13289789-1	40	F				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO				
2 - CELULAR		981373066							
CANAL	EMAIL	DATO							
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS						
<input type="text"/> 05 Dia	<input type="text"/> 10 Mes	<input type="text"/> 18 Año	<input type="text"/> 04 Dia	<input type="text"/> 10 Mes	<input type="text"/> 18 Año	7	SIETE		

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		
<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA DE LA CONCEPCION			

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
<input type="checkbox"/> 1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA PJE QUELE 798 LA FLORIDA CHILE			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 981373066			

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

NEGRET	TORO	CESAR PATRICIO	5824957-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA GENERAL	<input type="checkbox"/> 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		DRPNEGRET@YAHOO.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AVENIDA VICUÑA MACKENNA 10477 # LA FLORIDA CHILE		<input type="checkbox"/> 0	TELEFONO FAX
DIRECCION			

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 periodo 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 PUBLICO:
TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
TRABAJADOR DEPENDIENTE:



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



Licencia Medica

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.



4 001634 673109

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE	RUN	TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCCUPACION
<input type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agricolas, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/> 1=Minas, Petroleos y Canteras <input type="checkbox"/> 2=Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> 3=Construccion <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 Tecnicos, Profesionales y Otros <input type="checkbox"/> 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales <input type="checkbox"/> 9=Actividad No Especificada	<input type="checkbox"/> 11=Ejecutivo o Directivo <input type="checkbox"/> 12=Profesor <input type="checkbox"/> 13=Otro Profesional <input type="checkbox"/> 14=Tecnico <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 (Especificlar)

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 <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Código <input type="text"/> Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico 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 type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="text"/> Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> 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="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:



Licencia Medica

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.

A standard linear barcode representing the ISBN 978-0-00-731091-4.

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 DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

% DESAHUCIO

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (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

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

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.

=====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: 1634673-K
Estado: 1 (Otorgada)

1. Identificación del Trabajador

Nombre: REBECA PAMELA IBARRA FUENTES
RUT: 13289789-1

Edad: 40
Sexo: FEMENINO
Fecha de Emisión: 05-10-2018
Inicio de Reposo: 04-10-2018
Nº de días: 7
Tipo de licencia: MIXTA

2. Identificación del Hijo

Nombre: _____
RUN: _____

Fecha nacimiento: _____

3. Datos de reposo

Fecha Inicio:	04-10-2018	Fecha Termino:	10-10-2018
Nº Días:	7	Tipo Reposo:	Reposo TOTAL
Dirección Reposo:	pje quele 798		
Teléfono:	981373066		

4. Datos del Prestador

Razón Social: CESAR PATRICIO NEGRETE TORO
Profesional: CESAR PATRICIO NEGRETE TORO
Entidad que pronuncia: FONASA

Fecha y firma recepción licencia por el Empleador:

Firma y timbre del empleador

Recuerde que la copia impresa de la licencia médica electrónica que le entregó el profesional que la otorgó DEBE tramitarla ante su empleador en los mismos plazos de la licencia en formulario de papel. Lo anterior, es necesario porque su empleador no está inscrito en el Sistema. Si su empleador se inscribe en www.medipass.cl podrá tramitar las licencias, completando los datos de la misma forma que lo hace actualmente en papel, pero en forma remota, segura y ágil, vía internet.

Conozca el estado de tramitación de ésta licencia médica electrónica, accediendo al sitio www.medipass.cl, e ingresando los datos RUT:13289789-1, Folio: 1634673-K y código de verificación: 1A4798, o llamando al 22 487 9777.
EN CASO DE TENER PROBLEMAS EN LA RECEPCIÓN DE ÉSTA LICENCIA MÉDICA POR PARTE DE SU EMPLEADOR , LLAME A NUESTRA MESA DE AYUDA, AL FONO 22 487 9777.

VALIDE LA LICENCIA EN HTTP://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPP/VALIDA/?HASH=1A4798