



Licencia Médica

Nº 2 - 59073786

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BENAVIDES SEPULVEDA SANDRA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

300424

FECHA INICIO DE REPOSO

300424

DÍA MES AÑO

FECHA EMISION LICENCIA

05

Nº DE DIAS

CINCO

Nº DE DIAS EN PALABRAS

13391871 - K

RUN

M ó F

271078

FECHA DE NACIMIENTO

45

EDAD

F

SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL

1= SI
2= NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

2= SI
2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DÍA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO

1= SI
2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA

- A= MAÑANA
B= TARDE
C= NOCHE

REPOSO PARCIAL

LUGAR DE REPOSO

1

- 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

LAS LENGAS

CALLE

405

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

SAN PEDRO DE LA PAZ

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

GUINEZ CERDA YAZMIN EL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

12920336 - 6

RUN

29346 - 0

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

041661NS

CALLE

CONCEPCION

COMUNA

Medico Curjano

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

1

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

Formulario for professional identification and signature, including a stamp from the Contraloría Médica.

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	
23	08	23	08	01	30
23	10	23	10	01	30
23	11	23	11	01	30
23	12	23	12	01	30

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA

020524

TELEFONO

DIA MES AÑO

Lautaro 487

CONCEPTION

COMUNA

CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

OCUPACION

- 11= EJECUTIVO DIRECTIVO
- 12= PROFESOR
- 13= OTRO PROFESIONAL
- 14= TECNICO
- 15= VENDEDOR
- 16= ADMINISTRATIVO
- 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL
- 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
- 19= OTRO (ESPECIFICAR)

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

CODIGO

--	--

--

 LETRA
(CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. CUPRON

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC 1 1= SI
2= NO

- Contrato de duración indefinida ☒ 1= SI
2= NO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 03 14
DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

B

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CR 02 BLANCA

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. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

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 DFL. N° 44, 1976)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOP: 60 U.F.)		
	MES	AÑO	Nº DE DIAS			MONTO	Nº DE DIAS
		A	B	C	D	E	
	04	24	30		\$ 1.815.731 -		
	05	24	30		\$ 1.287.342 -		
	02	24	30		\$ 1.460.297 -		
	01	24	30		\$ 1.228.994 -		

0% DESAHUCIO

Remuneración imponible
mes anterior inicio
licencia médica (tope 90
U.F.) para trabajador
afiliado a AFC.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

[illegible]

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente



RECEPCIÓN DE LICENCIA MÉDICA

Fecha de Recepción: 03/05/2024
Rut Cotizante: 13391871-K

Número Correlativo : 2024082232
Servicio de Salud : 078 Isapre CruzBlanca S.A.
Sucursal : CONCEPCION
Nombre Cotizante : SANDRA BENAVIDES SEPULVEDA
Folio de la Licencia : 2-59073786
Fecha Inicio Licencia : 30/04/2024
Razón Social Empleador : FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO
Rut Empleador : 65082446-6
Fecha probable de pago (*) : 27/05/2024
Tipo de Licencia : PRIMERA
Antecedentes No Recepcionados :



El pago de Subsidio está sujeto a :

- 1.- Aprobación de la licencia médica por Contraloría Médica,
- 2.- Cumplimiento de requisitos para pago de subsidio,
- 3.- Presentación de todos los antecedentes solicitados y
- 4.- Presentación de Solicitud de Cobro (sólo empleadores sector público y con convenio de pago).
- 5.- Si necesita conocer detalle de liquidación de subsidios puede consultara Call Center, página Web y en cualquiera de nuestras sucursales

Lugar de pago: En cualquier sucursal del

Sr(es). FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO Rut: 65082446-6

Informamos a Usted que posee una deuda por concepto de cotizaciones previsionales con esta institución.

A la fecha, se registra(n) 0 Empleado(s) con situación irregular en sus pagos, totalizando un monto impago que asciende a 0.-

La presente situación constituye un incumplimiento de lo estipulado en los artículos 30 y 31 de la ley 18933, exponiéndose asimismo a las sanciones que la propia ley laboral estipula.

Para aclarar esta situación le agradeceremos se contacte con al teléfono.

Para evitar molestias futuras, Usted debe regularizar su situación de pagos. Es importante destacar que esta situación es causal de termino de contrato.

Si la fecha de emisión de este detalle, usted ha regularizado su situación de pagos, le agradeceremos no considerarlo.



