



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 9446244-4

OPERADOR: 4

## SECCION 0:

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.

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	18145676-0	324651		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	02-03-22 13:46	10100	65082446-6				
51- TRAMITADA PARA CCAF	05-03-22 05:59	10102	65082446-6				
52- VALIDADA POR CCAF	05-03-22 08:27	10102	65082446-6				

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

HIDALGO	ESTRADA	KARINA BEATRIZ	18308994-3	36	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
<input type="text" value="02"/> Dia	<input type="text" value="03"/> Mes	<input type="text" value="22"/> Ano	<input type="text" value="15"/>	QUINCE	

### 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 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

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA TIRO AL BLANCO, POB GABRIELA MISTRAL 285 LOTA			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

SARAVIA	SAN MARTÍN	PAULA PAZ	18145676-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
SIN ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	42219-3 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	DOCTORA.PAULA.SARAVIA@GMAIL.COM CORREO ELECTRONICO
DIRECCION		TELEFONO	FAX
Pje 6 Los Fresnos 368 # Concepción chile		0	

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	KHIDALGO@LA PROVIDENCIA CONCEPCION.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

# Licencia Medica

Nº3 Folio: 9446244-4

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 cambiario 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	02 03 22 Dia Mes Ano	
LAUTARO 487 487 487		CONCEPCION			
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCUPACION			
<p>7</p> <p>0=Agricultura, Servicios Agricolas, Silvicultura y Pesca      1=Minas, Petroleos y Canteras      2=Industrias Manufactureras      3=Construcion      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</p>		<p>12</p> <p>11=Ejecutivo o Directivo      12=Profesor      13&gt;Otro Profesional      14=Tecnico      15&gt;Vendedor      16=Administrativo      17=Operario, Trabajador Manual      18=Trabajador de Casa Particular      19&gt;Otro (Especificlar)</p>			

### C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<p>2</p> <p>1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CODIGO 1005</p> <p>NOMBRE INT. PREV. HABITAT -</p>	<p>3</p> <p>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</p>	<p>1=Si 2=No</p> <p>TRABAJADOR AFILIADO A AFC</p> <p>CONTRATO DE DURACION</p> <p>INDEFINIDA</p>
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
04 03 22 Dia Mes Ano	01 12 03 Dia Mes Ano	01 03 17 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
<p>C</p> <p>A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador</p>	<p>E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador</p>

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

LOS ANDES

### 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	
1005	02	2022	30	0	1112447	0	0	
1005	01	2022	30	0	1116964	0	0	
1005	12	2021	30	0	1451483	0	0	

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
7	24	02	2022	02	03	2022
4	23	11	2021	26	11	2021

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

10102	1=SI 2=NO
-------	--------------

CODIGO TRAMITACION

TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE  
MES ANO NOMBRE HABER MONTO HABER

ARCHIVO	
TIPO ARCHIVO	URL ARCHIVO
1	<a href="#">VER ARCHIVO</a>