



Licencia Medica

N°3 Folio: 9455365-2

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.

OPERADOR: 4

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	94954000-6 : COLMENA		77092917-2	250247	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	02-03-22 19:32	10100	65082446-6				
5- TRAMITADA	04-03-22 22:46	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GARRIDO	SOLIS	SONIA STEPHANIE	16863666-0	33	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

02

03

22

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

01

03

22

Día

Mes

Año

N DE DIAS

21

N DE DIAS EN PALABRAS

VEINTIUNO

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 ano
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
6=Enfermedad Profesional
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

1=Si
2=No

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

2

1=Si
2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO

1=Si
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

1

1=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

RIO TOLTEN 5798 TALCAHUANO

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

975262135

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MENDOZA	ARTEAGA	RENE JAVIER	23469467-7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	179565	INFOSYNAPSEMED@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

CAMPOS BELLAVISTA 546 9 CONDOMINIO MATUKELLEN # Concepción chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

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	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



Licencia Medica

N°3 Folio: 9455365-2
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 cambiarlo 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		
LAUTARO 487 487 487		CONCEPCIÓN		03 03 22 Dia Mes Ano	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCUPACION			
7 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		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) EDUC DIFERENCIAL			

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. CODIGO 1034 LETRA (CAJA) PREV.) NOMBRE MODELO S.A. - INT. PREV.	3 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	TRABAJADOR AFILIADO A AFC 1 1=Si 2=No CONTRATO DE DURACION 1 1=Si 2=No INDEFINIDA
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
04 03 22 Dia Mes Ano	01 07 11 Dia Mes Ano	18 03 19 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
B A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

ISAPRE

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	
1034	02	2022	30	0	1040316	0	0	
1034	01	2022	21	0	725059	0	9	
1034	12	2021	0	0	291136	0	30	

REMUNERACION IMPONIBLE MES ANTERIOR INICIO LICENCIA MEDICA (TOPE 109,8 U.F.) PARA TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C.
\$ 1040316

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			1=Si 2=No	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.
	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO		
84	28	07	2021	19	10	2021	1	

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10100		1=SI 2=NO
-------	--	--------------

CODIGO TRAMITACION

TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

			ARCHIVO
DETALLE			
MES ANO	NOMBRE HABER	MONTO HABER	