



Licencia Medica

N°3 Folio: 9559031-4

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	96856780-2 : CONSALUD (ACTUALMENTE OPERA CON CODIGO "107" EN SISTEMA DE SALUD)			8333499-1	235315
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	09-03-22 15:44	10100	65082446-6				
5- TRAMITADA	11-03-22 18:01	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ÁLVAREZ	RIQUELME	CARLA ALEJANDRA	13725026-8	42	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="09"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="22"/> Dia Mes Ano	<input type="text" value="08"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="22"/> Dia Mes Ano	1	UNO		

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 <input type="checkbox"/> 2	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No		
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO			TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	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 PSJE SALVADOR REYES SANTA SABINA 1327 CONCEPCIÓN			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 95425450			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

KAWAGUCHI	PADILLA	FERNANDO ITARO	8333499-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-	<input type="checkbox"/> 1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	ITAROKAWAGUCHI@VTR.NET
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

Rengo 145 # 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	GGODOY@LAPROVIDENCIACONCEPCION.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



Licencia Medica

Nº3 Folio: 9559031-4

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	09 03 22 Dia Mes Ano	
LAUTARO 487 487 487		CONCEPCION			
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCUPACION			
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		11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Tecnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificificar)		EDUC DIFERENCIAL	
7		19			

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 1003 LETRA (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV. CUPRUM -	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	1=Si 2=No TRABAJADOR AFILIADO A AFC CONTRATO DE DURACION INDEFINIDA
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
10 03 22 Dia Mes Ano	01 08 06 Dia Mes Ano	14 05 12 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		
1003	02	2022	30	0	1374296	0	0	
1003	01	2022	30	0	1380319	0	0	
1003	12	2021	30	0	1711412	0	0	\$ 1374296

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		2 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		

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

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

CODIGO TRAMITACION TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE	MES ANO	NOMBRE HABER	MONTO HABER	ARCHIVO	
				TIPO ARCHIVO	URL ARCHIVO
				1	VER ARCHIVO
				1	VER ARCHIVO
				1	VER ARCHIVO