



Licencia Médica

La COMPIN, 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. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 4091395-5

OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61608108-K	119500

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	03-09-20 09:31	10100	76234502-1				
51- TRAMITADA PARA CCAF	03-09-20 12:14	10102	76234502-1				
52- VALIDADA POR CCAF	03-09-20 16:14	10102	76234502-1				
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	07-09-20 18:46	10102	76234502-1				
8- LIQUIDADA	11-09-20 17:07	10102	76234502-1				2
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	13-10-20 19:10	10102	76234502-1				
8- LIQUIDADA	27-10-20 07:05	10102	76234502-1				1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

SOTO	CABEZAS	PATRICIO EUGENIO	9112894-2	59	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		
<input type="checkbox"/> 03 Día <input type="checkbox"/> 09 Mes <input type="checkbox"/> 20 Año	<input type="checkbox"/> 04 Día <input type="checkbox"/> 09 Mes <input type="checkbox"/> 20 Año	60	SESENTA		

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input type="checkbox"/> 1 1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórga 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 1=Si 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ <input type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No	FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO FECHA DE LA CONCEPCIÓN	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No
--	--	--	---	--

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Mañana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA SITIO 37 RANGUE 0 PAINÉ CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 949328264		

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

FEELEY	REYES	CRISTIAN ANDRES	16096562-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA GENERAL	<input type="checkbox"/> 1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	118334	SINCORREO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
GRAN AVENIDA JOSE MIGUEL CARRERA 3204 COMPLEJO BARROS LUCA # SAN MIGUEL CHILE			0 TELÉFONO FAX
DIRECCIÓN			

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

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

TRABAJADOR DEPENDIENTE:

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

COMPIN LME			PRONUNCIAMIENTO INICIAL	39-1575988	COMPIN LME	139
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE			TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCIÓN N°	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO ESTABLECIMIENTO
TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO	.	Nº DÍAS PREVIOS
1	04 Dia 09 Mes 20 Año	02 Dia 11 Mes 20 Año	60 DÍAS	CÓDIGO S82.3	2 1=Primera 2=Continuación	0
<input checked="" type="checkbox"/> 1=Autorizase <input type="checkbox"/> 2=Rechazase <input type="checkbox"/> 3=Amplíase <input type="checkbox"/> 4=Redúcese <input type="checkbox"/> 5=Pendiente de Resolución REDICTAMEN <input type="checkbox"/> 2		<input checked="" type="checkbox"/> 5 CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)		<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A=Mañana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche	<input checked="" type="checkbox"/> C A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio.	
SIN ANTECEDENTES MEDICOS QUE RESPALDEN DIAGNOSTICO						
CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO			PENDIENTE POR			
FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	BUTTO CARRERA JENNY PATRICIA 26914831-4 Firmado Electrónicamente NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE			
03 Dia 09 Mes 20 Año	07 Dia 09 Mes 20 Año	01 Dia 01 Mes 00 Año	0000000000-0			

REGISTRO COLEGIO MÉDICO

COMPIN LME			REDICTAMEN	39-1575988	COMPIN LME	139
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE			TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCIÓN N°	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO ESTABLECIMIENTO
TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO	.	Nº DÍAS PREVIOS
1	04 Dia 09 Mes 20 Año	02 Dia 11 Mes 20 Año	60 DÍAS	CÓDIGO S82.3	2 1=Primera 2=Continuación	0
<input checked="" type="checkbox"/> 1=Autorizase <input type="checkbox"/> 2=Rechazase <input type="checkbox"/> 3=Amplíase <input type="checkbox"/> 4=Redúcese <input type="checkbox"/> 5=Pendiente de Resolución REDICTAMEN <input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/> 5 CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)		<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A=Mañana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche	<input checked="" type="checkbox"/> A A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio.	
CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO						
PENDIENTE POR						
FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	COLOMA ROBAYO PAULETTE ELOISA 23974837-6 Firmado Electrónicamente NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE			
03 Dia 09 Mes 20 Año	13 Dia 10 Mes 20 Año	13 Dia 10 Mes 20 Año	0000000000-0			

REGISTRO COLEGIO MÉDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

AGRICOLA CABO OSMER LTDA		76234502-1	222475269	FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN	TELÉFONO		
CERRO CAJON MANSEL S/N		PAINÉ	1301		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR				OCCUPACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> 0 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				<input checked="" type="checkbox"/> 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) TRABAJADOR AGRICOLA	

C.2 IDENTIFICACIÓN DEL RÉGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

RÉGIMEN PREVISIONAL			CALIDAD TRABAJADOR			SEGURO DESEMPLEO		
<input checked="" type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P.			<input checked="" type="checkbox"/> 1=Trabajador sector público afecto a la ley nº 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector público no afecto a la ley nº 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente			Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No		
Codigo <input type="checkbox"/> 1008 Letra (Caja Prev.)								
Nombre Int. Prev.								
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF			FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL			FECHA CONTRATO DE TRABAJO		
<input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 85 Dia Mes Año			<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 13 Dia Mes Año		

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7			SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6		
<input checked="" type="checkbox"/> C 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: CCAF DE LOS ANDES

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

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.L. 1-3063/80 además deben registrar remuneraciones en la columna B.

INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE / EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Código Institución Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponda a un período superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)			Subsidio por incapacidad laboral		% DESAHUCIO <input type="checkbox"/> 0	
	Mes	Año	Nº de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	Nº de días	D	E	
1008	04	2020	30	0	647482					
1008	05	2020	30	0	647482					
1008	06	2020	30	0	647482					

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Total Días	Desde			Hasta			<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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.
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
30	05	08	2020	03	09	2020		Firmado Electrónicamente
30	06	07	2020	04	08	2020		NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10102	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
-------	--

CÓDIGO TRAMITACIÓN

TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE

Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber
1008		
30	06	07

ARCHIVO

Tipo Archivo	URL Archivo
1	VER ARCHIVO
1	VER ARCHIVO
1	VER ARCHIVO

SECCIÓN D: REMUNERACIONES Y LIQUIDACION

REMUNERACIONES

Código Institución Previsional	Mes remuneración anterior	Año remuneración anterior	Nº de días remuneración anterior	Monto Imponible	Monto Total	Monto Incapacidad	Nº de días Incapacidad
1008	10	2020	0	0			

LIQUIDACIÓN

Monto Subsidio Diario	Monto Aporte Pensiones	Monto Aporte Salud	Monto Seguro Cesantía	Monto a pagar subsidio	Nº de días a pagar subsidios	Nº de días a pagar previsión	Tipo liquidación	Evento liquidación
\$17434	\$64135	\$44894	\$9300	\$519171	30	30	1	12

FECHA LIQUIDACIÓN DESDE	FECHA LIQUIDACIÓN HASTA	FECHA PAGO PROBABLE
<input type="checkbox"/> 04 Dia <input type="checkbox"/> 09 Mes <input type="checkbox"/> 20 Año	<input type="checkbox"/> 03 Dia <input type="checkbox"/> 10 Mes <input type="checkbox"/> 20 Año	<input type="checkbox"/> 22 Dia <input type="checkbox"/> 09 Mes <input type="checkbox"/> 20 Año

REMUNERACIONES

Código Institución Previsional	Mes remuneración anterior	Año remuneración anterior	Nº de días remuneración anterior	Monto Imponible	Monto Total	Monto Incapacidad	Nº de días Incapacidad
1008	09	2020	0	0			

LIQUIDACIÓN

Monto Subsidio Diario	Monto Aporte Pensiones	Monto Aporte Salud	Monto Seguro Cesantía	Monto a pagar subsidio	Nº de días a pagar subsidios	Nº de días a pagar previsión	Tipo liquidación	Evento liquidación
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0	0	2	22

FECHA LIQUIDACIÓN DESDE

31	01	00
Dia	Mes	Año

FECHA LIQUIDACIÓN HASTA

31	01	00
Dia	Mes	Año

FECHA PAGO PROBABLE

01	01	00
Dia	Mes	Año