



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 periodo 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- LIQUIDADADA	11-09-20 17:07	10102	76234502-1				2
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	13-10-20 19:10	10102	76234502-1				
8- LIQUIDADADA	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
03 09 20 Día Mes Año	04 09 20 Día Mes Año	60	SESENTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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	1 1=Si 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ	2 1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	1=Mañana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA			
SITIO 37 RANGUE 0 PAINE 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	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	118334	SINCORREO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

GRAN AVENIDA JOSE MIGUEL CARRERA 3204COMPLEJO BARROS LUCO # SAN MIGUEL CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

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.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo 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.

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		N° DÍAS PREVIOS
1	04 09 20 Día Mes Año	02 11 20 Día Mes Año	60 DÍAS	CÓDIGO S82.3	2 1=Primera 2=Continuación	0

2 1=Autorizase
2=Rechazase
3=Ampliase
4=Redúcese
5=Pendiente de Resolución
REDICTAMEN 2

5 CAUSA RECHAZO
1=Reposo Injustificado
2=Diagnóstico Irrecuperable
3=Fuera de Plazo
4=Incumplimiento
5=Otro(Especificar)

1 1=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL
A=Mañana
B=Tarde
C=Noche

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		PENDIENTE POR	
--	--	---------------	--

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES
03 09 20
Día Mes Año

FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES
07 09 20
Día Mes Año

REDICTAMEN
01 01 00
Día Mes Año

BUTTO CARRERA JENNY PATRICIA 26914831-4
Firmado Electrónicamente
NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

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		N° DÍAS PREVIOS
1	04 09 20 Día Mes Año	02 11 20 Día Mes Año	60 DÍAS	CÓDIGO S82.3	2 1=Primera 2=Continuación	0

1 1=Autorizase
2=Rechazase
3=Ampliase
4=Redúcese
5=Pendiente de Resolución
REDICTAMEN 1

CAUSA RECHAZO
1=Reposo Injustificado
2=Diagnóstico Irrecuperable
3=Fuera de Plazo
4=Incumplimiento
5=Otro(Especificar)

1 1=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL
A=Mañana
B=Tarde
C=Noche

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.

		PENDIENTE POR	
--	--	---------------	--

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES
03 09 20
Día Mes Año

FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES
13 10 20
Día Mes Año

REDICTAMEN
13 10 20
Día Mes Año

COLOMA ROBAYO PAULETTE ELOISA 23974837-6
Firmado Electrónicamente
NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

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		PAINE		1301		03 09 20 Día Mes Año		13404	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA		CIUDAD					

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCUPACIÓN	
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		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)	

TRABAJDOR AGRICOLA

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

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7 <input checked="" type="checkbox"/> C A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6 <input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador
---	---

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

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 impositibles 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	Año	N° de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones impositibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N° de días	
	A			B	C	D	E	
1008	04	2020	30	0	647482			Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C. <input type="text" value="\$ 0"/>
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		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
30	05	08	2020	03	09	2020
30	06	07	2020	04	08	2020

1=Si
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.

Firmado Electrónicamente

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

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

CÓDIGO TRAMITACIÓN TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE

Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber
---------	--------------	-------------

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	N° de días remuneración anterior	Monto Imponible	Monto Total	Monto Incapacidad	N° 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	N° de días a pagar subsidios	N° de días a pagar previsión	Tipo liquidación	Evento liquidación
\$17434	\$64135	\$44894	\$9300	\$519171	30	30	1	12

FECHA LIQUIDACIÓN DESDE <input type="text" value="04"/> <input type="text" value="09"/> <input type="text" value="20"/> Día Mes Año	FECHA LIQUIDACIÓN HASTA <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="20"/> Día Mes Año	FECHA PAGO PROBABLE <input type="text" value="22"/> <input type="text" value="09"/> <input type="text" value="20"/> Día Mes 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		
<div>31</div> <div>Día</div>	<div>01</div> <div>Mes</div>	<div>00</div> <div>Año</div>

FECHA LIQUIDACIÓN HASTA		
<div>31</div> <div>Día</div>	<div>01</div> <div>Mes</div>	<div>00</div> <div>Año</div>

FECHA PAGO PROBABLE		
<div>01</div> <div>Día</div>	<div>01</div> <div>Mes</div>	<div>00</div> <div>Año</div>