



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 4464667-6

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	03-11-20 10:35	10100	76234502-1				
51- TRAMITADA PARA CCAF	03-11-20 12:29	10102	76234502-1				

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 11 20 Día Mes Año	03 11 20 Día Mes Año	1	UNO

A.3 TIPO DE LICENCIA

☒ 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=SI 2=No INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ ☒ 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=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial **SÓLO PARA REPOSO PARCIAL** ☐ A=Mañana
B=Tarde C=Noche

LUGAR DE REPOSO ☒ 1=Su Domicilio
2=Hospital 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA
MANUEL RODRIGUEZ 365 PAINE CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 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=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

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

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 período 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.

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		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) TRABAJADOR AGRICOLA		

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

RÉGIMEN PREVISIONAL		CALIDAD TRABAJADOR		SEGURO DESEMPLEO	
2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo 1008 Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev.		3 1=Trabajador sector público afecto a la ley n° 18.834. 2=Trabajador sector público 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 duración indefinida 1 1=Si 2=No	
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF		FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL		FECHA CONTRATO DE TRABAJO	
Día Mes Año		15 04 85 Día Mes Año		24 09 13 Día 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			
C 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: 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 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 imponibles 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.
1008	05	2020	30	0	647482			
1008	05	2020	30	0	647482			\$ 0

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
60	04	09	2020	02	11	2020
30	05	08	2020	03	09	2020
30	06	07	2020	04	08	2020

1

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	1=Si 2=No
CÓDIGO TRAMITACIÓN	TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE			ARCHIVO	
Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber	Tipo Archivo	URL Archivo

1	VER ARCHIVO
1	VER ARCHIVO
1	VER ARCHIVO