



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 4463852-5

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	03-11-20 10:11	10100	76234502-1				
51- TRAMITADA PARA CCAF	03-11-20 12:42	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 Día	11 Mes	20 Año	04 Día	11 Mes	20 Año	30 TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=Si <input checked="" type="checkbox"/> 2=No
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	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	<input checked="" 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	
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 a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres 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	03 11 20 Dia Mes Año	13404
CERRO CAJON MANSEL S/N	PAINÉ	1301		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD		
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR			OCCUPACIÓN	
<input type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/> 1=Minas, Petróleos y Canteras <input type="checkbox"/> 2=Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> 3=Construcción <input type="checkbox"/> 4=Electricidad, Gas y Agua <input type="checkbox"/> 5=Comercio <input type="checkbox"/> 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones <input type="checkbox"/> 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros <input type="checkbox"/> 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales <input type="checkbox"/> 9=Actividad No Especificada			<input type="checkbox"/> 19 11=Ejecutivo o Directivo <input type="checkbox"/> 12=Profesor <input type="checkbox"/> 13=Otro Profesional <input type="checkbox"/> 14=Técnico <input type="checkbox"/> 15=Vendedor <input type="checkbox"/> 16=Administrativo <input type="checkbox"/> 17=Operario, Trabajador Manual <input type="checkbox"/> 18=Trabajador de Casa Particular <input type="checkbox"/> 19=Otro (Especifican) TRABAJADOR AGRICOLA	

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

RÉGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input type="checkbox"/> 2 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Código <input type="checkbox"/> 1008 Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/> Nombre Int. Prev. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 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 type="checkbox"/> 1 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	15 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 85 Día Mes Año	24 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 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
<input 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			
	A			B			C		D	E
1008	04	2020	30	0			647482			
1008	05	2020	30	0			647482			
1008	06	2020	30	0			647482			

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C. \$ 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
1	03	11	2020	03	11	2020
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	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 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