



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 31984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 3 16101205-K
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	26387861-2	360686

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	02-10-23 20:44	10100	76134946-5				
51- TRAMITADA PARA CCAF	03-10-23 07:31	10105	76134946-5				
52- VALIDADA POR CCAF	03-10-23 09:36	10105	76134946-5				
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	05-10-23 03:23	10105	76134946-5				
8- LIQUIDADA	05-10-23 12:08	10105	76134946-5				2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROMERO	REYES	BELÉN CAROLINA	20435289-5	23	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
02 10 23 Día Mes Año	04 10 23 Día Mes Año	15	QUINCE

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

11=Si
2=No

INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ

22=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

A=Mañana
B=Tarde
C=Noche

LUGAR DE REPOSO

11=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE,N°DEPTO:COMUNA

APOLO XIII 1720 CERRO NAVIA CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

72227987

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

QUIJADA	CORDERO	JOSÉ MANUEL	26387861-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

.	11=Médico 2=Dentista 3=Matrona	QUIJADAJOSEMANUEL@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

ZAÑARTU 1313 #813 # ÑUÑO A CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

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	BROMERO@FEN.UCHILE.CL
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	39-2337834	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 10 23 Día Mes Año	18 10 23 Día Mes Año	15 DÍAS	CONFIDENCIAL	11=Primera 2=Continuación	0
REDICTAMEN	CAUSA RECHAZO	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	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.			
11=Autorizase 2=Rechazase 3=Ampliase 4=Redúcese 5=Pendiente de Resolución	1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	11=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial A=Mañana B=Tarde C=Noche				

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	AUTORIZADO POR CONTRALORIA MEDICA 61601000-K
03 10 23 Día Mes Año	04 10 23 Día Mes Año	01 01 00 Día Mes Año	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

ADMINISTRADORA DE SUPERMERCADOS EXPRESS LIMITADA	76134946-5	22005554	FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELÉFONO	02 10 23 Día Mes Año	
JOSE DOMINGO CAÑAS 1580 0	ÑUÑO A			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACIÓN
50=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	1711=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)

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

RÉGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
21=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo 1034 Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev. MODELO S.A.-	31=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 11=Si 2=No Contrato de duración indefinida 11=Si 2=No

FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
03 10 23 Día Mes Año	01 05 23 Día Mes Año	02 05 23 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
C1=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:	LA ARAUCANA
---------------------------------------	-------------

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	
	Mes	Año	N° de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tóp 60 U.F.)	Monto		N° de días
	A			B	C	D		E
1034	09	2023	30	0	385647	0	0	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (Tóp 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.
1034	08	2023	30	0	466348	0	0	
1034	07	2023	30	0	290269	0	0	
						\$ 385647		

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	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.
	Día Mes Año	Día Mes Año		
NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE				

C.C COMPLEMENTO

10105	1=Si 2=No
CÓDIGO TRAMITACIÓN	TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE

Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber

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
1034	09-04:00	2023	30	332636	332636	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
\$	\$	\$	\$	\$			2	22

FECHA LIQUIDACIÓN DESDE	FECHA LIQUIDACIÓN HASTA	FECHA PAGO PROBABLE

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 recepción de la licencia médica. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.