



## Ingreso de Licencias Médicas



Volver

RUT

Fecha Emisión  
Fecha 1era.  
Afilación AFP

N° Cargo  
Fecha  
Contrato Trab.

N° Licencia

F. Inicio

F. Término

F. Recepción

Días Licenc.

Tipo Licenc.

Profesionales

Dirección

Salud Recuperable

Salud

Si  No

Inicio Tramite Invalidez

Tipo Reposo

Jornada

Si  No

Lugar de  
Reposo

- Casa  
 Hospital  
 Otros

Resol. Apr.

N°. Resol. Apr.

F. Resol. Apr.

Resol. Recon.

N°. Resol. Recon.

F. Resol. Recon.

Datos  
Complementarios

Cálculo de  
Subsidio

Información a  
Enviar

Observación

N° Resolución  
Interno

Fecha Resolución  
Interno

00/00/0000



Grabar



Eliminar



Limpiar



Consulta



Imprimir



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 030783796 - K

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

I	B	A	C	E	T	A			S	I	L	V	A				A	N	D	R	E	A	A	L	E	J	A	1	5	0	6	0	3	7	9	-	K
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN																
2	5	0	7	2	0	1	9	0	1	0	8	2	0	1	9	3	9	F																			
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO						EDAD		SEXO																					
4	2	C U A R E N T A Y D O S																																			
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																																			

*Documento firmado electrónicamente*  
FIRMA TRABAJADOR

**A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO**

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

																																				-	
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN																
FECHA NACIMIENTO																																					

**A.3 TIPO LICENCIA**

<input checked="" type="checkbox"/> 3	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO 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 = SÍ 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1 = SÍ 2 = NO				
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DIA	MES	AÑO				

**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) _____		



# 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

N° 3 **2663122** K

VERIFICAR: 4

## SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61606700-1	18673

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	08-10-19 08:41	10100	61606700-1				
5- TRAMITADA	09-10-19 16:46	10100	61606700-1				
7- PRONUNCIADA	10-10-19 12:04	10100	61606700-1				

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MORALES	ARACENA	CAROLINA ANDREA	15555915-2	36	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA		
08	10	19
Día	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
08	10	19
Día	Mes	Año

N° DE DÍAS
2

N° DE DÍAS EN PALABRAS
DOS

### 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 2=No
INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1=Si 2=No

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> 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)			

Los días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
Los días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
Los días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



### 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.



\*\*\* OTORGADA PARA COTIZANTE: VIDATRES

N° 3 FOLIO: 2672124-5

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CONTRERAS	MANZOR	MACARENA LORETO	15784034-7	35	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR		972175991			
CANAL	EMAIL	DATO			

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
09 10 19 Dia Mes Ano	09 10 19 Dia Mes Ano	15	QUINCE

#### A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

				FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Estados de la fecha de inicio del reposo  
 a de emisión y dentro del periodo de vigencia  
 Estados de la fecha de inicio del reposo



# Licencia Médica

Nº 2 **59868226**

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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.

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

L I L L O      M O R E L      H U G O

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

7340559 - 9

RUN

M o F

091019

FECHA EMISION LICENCIA

091019

FECHA INICIO DE REPOSO

DIA MES AÑO

090955

FECHA DE NACIMIENTO

64

EDAD

17

SEXO

02

Nº DE DIAS

DOS

Nº DE DIAS EN PALABRAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.

(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

### A.3. TIPO DE LICENCIA

1

- 1- ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2- PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3- LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4- ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5- ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6- ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7- PATOLOGIA DEL EMBARAZO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 1- REPOSO LABORAL TOTAL
- 2- REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

- A- MAÑANA
- B- TARDE
- C- NOCHE

LUGAR DE REPOSO

3

- 1- SU DOMICILIO
- 2- HOSPITAL
- 3- OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

Realizocun Exom Glaucone

DIRECCION DE REPOSO