

#ESTAMOSCONTIGO
PARA AYUDARTE A GESTIONAR
EL PAGO DE TU LICENCIA MÉDICA



Ingresa la documentación en nuestro sitio web

<https://www.laaraucana.cl/medidas-contingencia-covid19/>

- Completa todos los datos solicitados.
- Sube los siguientes documentos asegurando que estén legibles o no podremos tramitar tu licencia:
 - ✓ Licencia médica con firmas del médico y trabajador,
 - ✓ El diagnóstico debe ser visible.
 - ✓ Sección C de la licencia completada por empleador.
 - ✓ Adjuntar liquidaciones de sueldo.



Licencia Médica

Nº 2 - 60932241

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, otorgando o reduciendo el subsidio correspondiente. Art. 16 D.S. Nº 3.1984.

Fecha de inicio del reposo:
Indica el período de las remuneraciones en la sección C3

Ingrese el folio de la licencia
Para poder procesarla

La Caja solo tramita las
licencias tipo:
1,3, 4 y 7

Si hay información en esta casilla,
debe presentar su Licencia en
Mutual – IST o ASCH que su
empresa se encuentra adherida

Recuerde firmar
tu licencia

Debe contener la información
del médico y su firma

El diagnóstico debe estar visible para
poder ser tramitada en COMPIN

Uso exclusivo de COMPIN

SECCION A: USO Y RESPONSA
A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: [] APELLIDO MATERNO: [] NOMBRES: []
FECHA EMISION LICENCIA: [] FECHA INICIO DE REPOSO: [] DIA [] MES [] AÑO []
FECHA DE NACIMIENTO: [] RUN: [] EDAD: [] SEXO: []
FECHA DE NACIMIENTO: [] RUN: []

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: [] 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: [] 1= SI 2= NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [] DIA [] MES [] AÑO []
HORA: [] MINUTOS: [] TRAYECTO: [] 1= SI 2= NO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO 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): []
DIRECCION DE REPOSO: []
CALLE: []
Nº: [] DPTO: []
VILLA O POBLACION: []
COMUNA: []
TELEFONO: [] CELULAR: []
CORREO ELECTRONICO: []

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL []
OTROS DIAGNOSTICOS []
1= CONFIRMADO
2= EN ESTUDIO

Unidad de Licencias Médicas

COMPIN O ISAPRE: [] ESTABLECIMIENTO: [] CODIGO ESTABLECIMIENTO: []
TIPO DE LICENCIA: [] DESDE: [] DIA [] MES [] AÑO [] HASTA: [] DIA [] MES [] AÑO []
AUTORIZADO POR: [] DIAS: [] DIAGNOSTICO: [] CODIGO CIE-10: [] Nº DIAS PREVIOS: []
1= PRIMERA
2= CONTINUACION

1= AUTORIZASE
2= RECHAZASE
3= AMPLIASE
4= REDUCESE
5= PENDIENTE DE RESOLUCION
6= REDICTAMEN

CAUSA RECHAZO
1= REPOSO INJUSTIFICADO
2= DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE
3= FUERA DE PLAZO
4= INCUMPLIMIENTO REPOSO
5= OTRO (ESPECIFICAR): []

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL: [] A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE

A= Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. Nº 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 RESOLUCION EN COMPIN O ISAPRE: [] DIA [] MES [] AÑO []
FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRE: [] DIA [] MES [] AÑO []
REDICTAMEN: [] DIA [] MES [] AÑO []

MINISTERIO DE SALUD
MEDICO CONTROLADOR
COMPIN
ANTOFAGASTA
997
REGISTRO DE SAU MEDICO

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

RLIT

TELEFONO

DÍA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE
FUNCIONES EL TRABAJADOR

CIUDA

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

OCUPACION

11= JEFE DE EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
16= ADMINISTRATIVO
17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL
18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
19= OTRO (ESPECIFICAR)

Completar si tiene o no seguro de desempleo.

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PATRONAL

CCAF

PREVISIONAL

CALIDAD DEL TRABAJO

☐ 1= D.L. 3501 IPS
☐ 2= D.L. 3500 A.F.P.

1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTADO LA LEY N° 18.834
2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTADO LA LEY N° 18.834
3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CODIGO LETRA
(CAJA PREV.)

NOMBRE
INT. PREV. _____

Si esta en una AFP, ingrese
el nombre

La Caja sólo gestiona licencias de tipo 2 o 3, 1 y 4 deben tramitarse en COMPIN

 A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	L	A		A	R	A	V	C	A	N	A
--------------------------------------	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---

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 DE SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUÍ LOS TRASPADADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-306 P-RO ADENAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

[illegible]

Ingrese el detalle de las tres ultimas liquidaciones anterior a la fecha de inicio de licencia.
Considerar: rentas totales sin bonos extraordinarios.

<p>% DESAHUCIO</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							

Remuneración imponible
mes anterior inicio
licencia médica (tope 90
para trabajador
afiliado a AFC.

(INFORMACION DE MESES ANTERIOR)

[illegible]

Sólo debe utilizarse para
Licencias Maternales

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede 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 ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION DEL PLATÓR DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

☐ 1= SI
☐ 2= NO

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el **COMPIN** o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción del documento.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE