



GOBIERNO DE CHILE

SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

CIRCULAR N° **68**
CIRCULAR N° **2020**

SANTIAGO **27** SEP 2002

**IMPORTE INSTRUCCIONES RESPECTO DEL USO DEL
NUEVO FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA A
CONTAR DEL 1° DE OCTUBRE DE 2002**

INDICE

1	FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA	3
2	TIPOS DE LICENCIAS MÉDICAS.....	3
3	NORMATIVA APLICABLE.....	4
4	PERSONAS FACULTADAS PARA EMITIR LICENCIAS MÉDICAS.....	4
5	DESCRIPCIÓN DEL FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA	4
6	MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL PROFESIONAL EN LA LICENCIA MÉDICA	4
7	MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE EN LA LICENCIA MÉDICA.....	6
8	MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EN LA LICENCIA MÉDICA LA COMPIN, LA UNIDAD DE LICENCIAS MEDICAS O LA ISAPRE.....	7
9	FORMALIDAD DEL PRONUNCIAMIENTO DE LA COMPIN, DE LA UNIDAD DE LICENCIAS MEDICAS O DE LA ISAPRE.....	8

En el Diario Oficial de 27 de septiembre de 2002, se publicó la Resolución Exenta N° 790, del Ministerio de Salud, que aprobó el Nuevo Formulario de Licencia Médica, impreso en la Casa de Moneda de Chile.

El Nuevo Formulario es de utilización obligatoria para las licencias médicas que se emitan a contar del 1° de octubre de 2002.

En consecuencia, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, las Isapres y las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, no podrán tramitar licencias médicas emitidas a contar del 1° de octubre de 2002, que se hayan extendido en el antiguo Formulario. En este caso, deberán devolverla inmediatamente al portador de la misma, previamente fechada y timbrada, para que quede constancia de la gestión, con el objeto de que se reintrese a la brevedad una licencia médica de reemplazo, emitida en el Nuevo Formulario de Licencia Médica.

Las licencias médicas que hasta el 30 de septiembre de 2002 se emitan en el antiguo formulario, vigente hasta esa data, deberán ser admitidas a tramitación por las COMPIN, por las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, las Isapres y las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, aun cuando sean ingresadas a trámite una vez que haya entrado en vigencia el nuevo formulario.

1. FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA

Es un documento que puede ser extendido por un médico cirujano, cirujano- dentista o matrona, mediante el cual el profesional certifica que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, prescribiendo reposo total o parcial, por un lapso determinado.

Una vez que la licencia médica ha sido autorizada por la entidad que corresponda, esto es, la Unidad de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, la COMPIN o la Isapre, según sea el caso, puede dar derecho al pago de un subsidio por incapacidad laboral (SIL) si se cumplen los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

2. TIPOS DE LICENCIAS MÉDICAS

Las licencias médicas pueden tener su origen en una enfermedad o accidente común, en la maternidad, o en un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

En consecuencia, las licencias médicas pueden tener su origen en alguna de las siguientes causas específicas:

- 1 = Enfermedad o accidente común
- 2 = Prórroga medicina preventiva
- 3 = Licencia maternal pre y postnatal
- 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año
- 5 = Accidente del trabajo o del trayecto

6 = Enfermedad profesional

7 = Patología del embarazo

3. NORMATIVA APLICABLE

La tramitación de las licencias médicas se rige por el D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, que contiene el reglamento sobre autorización de licencias médicas, quedando solamente excluidas de la aplicación de dicho reglamento las licencias médicas que se otorgan en virtud de la Ley N° 16.744, a los trabajadores de empresas afiliadas a Mutualidades de Empleadores, cuando se les otorga reposo por incapacidad laboral ocasionado por un accidente del trabajo o enfermedad profesional, caso en el cual emiten lo que se denomina "orden de reposo".

4. PERSONAS FACULTADAS PARA EMITIR LICENCIAS MÉDICAS

Están facultados para emitir licencias médicas:

- médicos cirujanos,
- cirujano-dentista,
- matrona, en caso de embarazo y parto normal.

5. DESCRIPCIÓN DEL FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA

A partir del 1° de octubre de 2002, el profesional autorizado para emitir licencias médicas deberá utilizar al efecto el formulario aprobado por el Ministerio de Salud mediante la Resolución Exenta N° 790, publicada en el Diario Oficial del 27 de septiembre de 2002.

El aludido formulario de licencia médica lleva en su extremo superior derecho un número correlativo y consta de tres hojas, confeccionadas en papel autocopiativo.

La primera hoja contiene, en su anverso, dos secciones A y B y en su reverso, una sección C.

La segunda hoja es autocopiativa, corresponde a la primera parte de la sección A y es el comprobante que el empleador debe entregar al trabajador con su firma, timbre y fecha.

La tercera hoja es autocopiativa de la sección A y constituye el recibo para el profesional

6. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL PROFESIONAL EN LA LICENCIA MÉDICA

El profesional deberá completar, en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible, únicamente la sección A del formulario.

- A.1. Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, run, edad y sexo).

Fecha de emisión de la licencia;

Fecha de inicio del reposo;

Días de duración de la licencia en números y en palabras. Para efectos de la duración del reposo se considerarán días corridos, debiendo incluirse los días sábados, domingos y festivos;

- A.2. Identificación del hijo, en caso de licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año y post natales (nombre completo, fecha de nacimiento y run).

- A.3. Tipo de licencia, registrando, del 1 al 7, el número que corresponda según lo instruido en el punto 2 de la presente Circular;

Recuperabilidad de la capacidad para trabajar;

Circunstancia de haberse iniciado trámite de invalidez;

Indicación de tratarse de un accidente del trayecto o no;

Fecha y hora del accidente del trabajo o del trayecto;

Fecha de la concepción, para licencias tipo 3 y 7.

- A.4. Características del reposo, según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche. Las licencias pre y post natales y por enfermedad grave del hijo menor de un año, sólo podrán ser por reposo total,

Lugar de reposo, indicando que se deberá cumplir en su domicilio, hospital u otro domicilio y, en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo, su dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto.

- A.5. Identificación completa del profesional otorgante;

- A.6. Diagnóstico principal y otros diagnósticos incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo diagnóstico (fecha de la intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, entre otros).

El profesional deberá suscribir el formulario de licencia médica, hacerlo firmar por el trabajador, doblar la parte inferior de la primera hoja en el lugar que se encuentra señalado con línea discontinua en los márgenes y sellarlo con la cinta adhesiva que se encuentra ubicada en la última página del talonario.

Posteriormente, deberá retirar la tercera hoja correspondiente al recibo para el profesional y entregar al trabajador la primera y segunda hojas.

Si el trabajador tuviere más de un empleador, el profesional deberá extender un formulario para cada uno de ellos.

7. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE EN LA LICENCIA MÉDICA

El empleador deberá completar en forma manuscrita con letra imprenta, clara y legible la sección C del formulario

- C1 Identificación completa del empleador o trabajador independiente;
Indicación de la actividad laboral del trabajador y su ocupación,
- C2 Identificación del régimen previsional del trabajador;
Calidad del trabajador;
Fecha de primera afiliación a una entidad previsional;
Fecha de contrato de trabajo;
Tipo entidad pagadora del subsidio;
Nombre entidad pagadora del subsidio,
- C3 Informe de remuneraciones imponibles, rentas y/o subsidios, consignando la información correspondiente a los meses anteriores a la fecha de la incapacidad, excepto las remuneraciones ocasionales o que correspondan a un período superior a un mes.
En caso de licencias maternales deberá completarse, además, el cuadro complementario;
Porcentaje de Desahucio, en el caso de los funcionarios públicos que mantienen el régimen de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos, entre otros;
Remuneración imponible total del mes anterior al inicio de la licencia médica, con el tope de las 60 U.F.,
- C4 Indicar si el trabajador ha tenido licencias médicas anteriores en los últimos 6 meses, en caso afirmativo, consignar la información correspondiente;
El empleador y el trabajador independiente deberán suscribir el formulario de licencia médica, consignando su nombre. El empleador, además, deberá estampar su timbre.

8. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EN LA LICENCIA MÉDICA LA COMPIN, LA UNIDAD DE LICENCIAS MEDICAS O LA ISAPRE

La COMPIN o la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud, según corresponda, o la Isapre deberá completar, cuando corresponda, en forma manuscrita con letra impresa, clara y legible la sección B del formulario.

- Nombre del servicio de salud o Isapre;
- Establecimiento,
- Código del establecimiento;
- Número de la resolución,
- Tipo de licencia, fecha de inicio y término y número de días autorizados;
- Código de diagnóstico;
- Si se trata de una primera licencia médica o de una continuación y, en este último caso, el número de días previos,
- La resolución que recae sobre la licencia médica;
- Causales de rechazo;
- Características del reposo según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche;
- Si la licencia autorizada da o no derecho a subsidio por incapacidad laboral, especificándose, si el subsidio es de cargo del empleador;
- Especificar causa de modificación o rechazo;
- En caso de quedar pendiente de resolución, especificar los motivos;
- Fecha de recepción del formulario y fecha de emisión de la resolución;
- Fecha del Redictamen;
- Nombre, timbre y firma del médico autorizado.
- Registro de Colegio Médico

9. FORMALIDAD DEL PRONUNCIAMIENTO DE LA COMPIN, DE LA UNIDAD DE LICENCIAS MEDICAS O DE LA ISAPRE

El pronunciamiento o resolución que dicte la COMPIN, la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud, cuando corresponda, o la Isapre deberá consignarse en el formulario de la licencia médica, numerarse y ser firmado por el profesional autorizado, expresándose claramente la resolución adoptada.

En caso de modificación, reducción o rechazo de la licencia médica, las referidas instituciones deberán remitir al trabajador fotocopia de la sección B del formulario de licencia médica

Se instruye dar la mayor difusión de las presentes instrucciones.

Adjunto a la presente circular se acompaña un ejemplar anulado del nuevo formulario de licencia médica

Saluda atentamente a Usted.


FERNANDO RIVEROS VIDAL
SUPERINTENDENTE DE ISAPRES (S)


XIMENA RINCÓN GONZÁLEZ
SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL
SUPERINTENDENTE

DISTRIBUCIÓN:

- Gerentes Generales de Isapres
- Gerentes Generales C.C.A.F
- Gerentes Generales de Mutualidades de Empleadores
- Presidentes de COMPIN

Mediante este documento se autoriza por la autoridad médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite.

Nº 1 -

ENDICEDIC

USO EXCLUSIVO DEL SERVIDO DE SALUD O ISAPRE IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for identification: APELLIDO MATRNO, NOMBRES, RUN.

Form fields for date and age: FECHA INICIO DE REPOSO (DIA, MES, AÑO), EDAD, SEXO.

Form fields for days off: N° DE DIAS EN PALABRAS.

Form fields for date of birth: FECHA DE NACIMIENTO.

Form fields for identification: APELLIDO MATRNO, NOMBRES, RUN.

TIPO DE LICENCIA

Form with multiple choice options for license type: 1. ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN, 2. PROBLEMA DE MEDICINA PREVENTIVA, 3. LICENCIA MATRINA (PRE Y POST NATAL), 4. ENFERMEDAD GRAVE (H/O MEJOR DE 1 AÑO), 5. ACCIDENTE DE TRABAJO O DEL TRAYECTO, 6. ENFERMEDAD PROFESIONAL, 7. EVOLUCION DE UN EMBAZAZO.

4.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form with multiple choice options for rest characteristics: 1. REPOSO LABORAL TOTAL, 2. REPOSO LABORAL PARCIAL, 3. REPOSO PARCIAL, 4. LUGAR DE REPOSO (SU DOMICILIO, HOSPITAL, OTRO DOMICILIO), 5. JUSTIFICAR EN SU OTRO CASO, 6. DIRECCION CALLE N. DEPTO. COMUNA, 7. TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO).

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Form fields for professional identification: APELLIDO, NOMBRES, CATEGORIA, ESPECIALIDAD, FECHA DE EMISIÓN DEL DOCUMENTO, FECHA DE VENCIMIENTO DEL DOCUMENTO, TELEFONO, DIRECCION, FAX, FIRMA DEL PROFESIONAL.

Form fields for medical history: DIAGNOSTICO PRINCIPAL, OTROS DIAGNOSTICOS.

Form field for clinical antecedents: ANTECEDENTES CLINICOS.

Form field for diagnostic support: LINEAS DE APOYO DIAGNOSTICO.

USO EXCLUSIVO SERVIDO DE SALUD O ISAPRE

Form fields for health service: CODIGO DE SALUD O ISAPRE, RESOLUCION N°.

Form fields for establishment: RUC, CODIGO ESTABLECIMIENTO.

Form fields for employee: FECHA INICIO DE SERVICIO, FECHA FIN DE SERVICIO, APELLIDO DEL EMPLEADO, NOMBRES DEL EMPLEADO, DIAGNOSTICO, CATEGORIA, CARGO.

Form with multiple choice options for pregnancy: 1. EMBARAZO, 2. ANEMIA, 3. REINFECCION, 4. PENITENTE DE RESERVA, 5. MATRINA.

Form with multiple choice options for rest type: 1. REPOSO LABORAL TOTAL, 2. REPOSO LABORAL PARCIAL, 3. REPOSO PARCIAL, 4. LUGAR DE REPOSO (SU DOMICILIO, HOSPITAL, OTRO DOMICILIO).

Form with multiple choice options for rest location: 1. SU DOMICILIO, 2. HOSPITAL, 3. OTRO DOMICILIO.

Form with multiple choice options for justification: A. Consideración médica, B. Consideración de ley, C. Sin otro motivo.

MODIFICACION DEL DOCUMENTO

Form fields for modification: FECHA EMISIÓN DEL DOCUMENTO, FECHA VENCIMIENTO DEL DOCUMENTO, RUC, NOMBRE, FIRMA Y FIRMA MEDICA AUTORIZADO POR EL SERVIDO DE SALUD O ISAPRE.



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD - TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

Mientras no se autorice por la comisión médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite.

REINO DE CHILE

DECLARACION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL.
IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

N° 1 -

APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUT									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPUESTO

DIA	MESES	ANOS
-----	-------	------

EDAD

M O F

SEXO

N° DE DIAS

N° DE DIAS EN PALABRAS									
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencia por enfermedad grave hijo menor de un año y post natalis.
(Art. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y para la adopción (Ley 18.802)

APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO									
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUT									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR

Sr Trabajador (a) exija la entrega de este comprobante debidamente completo.

El artículo 38 de la Ley 18.409 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD - TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

Mientras no se autorice por la comisión médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite

N° 1 -

NO DEHILE

USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ID. INTERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO										EDAD		M. A. P.		SEXO	
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																	

IDENTIFICACION DEL HIJO

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

ID. PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										FECHA DE NACIMIENTO									
ID. PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									

TIPO DE LICENCIA

<input type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRIORIDAD MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = INTOLERANCIA DEL LABORAJO			
ESTABILIDAD	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
URL ACCIDENTE DEL TRAYECTO	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCION	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO		

A. 4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>		A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO				
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	<input type="text"/>				
DIRECCION : CALLE, N°, DEPTO., COMUNA	<input type="text"/>				
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	<input type="text"/>				

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ID. PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										JIRMA DEL TRABAJADOR									
RUN										REGISTRO COLECCION PROFESIONAL										CORREO ELECTRONICO										ESPECIALIDAD <input type="checkbox"/> 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA									

TELÉFONO	DIRECCION	FAX	FIRMA DEL PROFESIONAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL <input type="text"/>			
OTROS DIAGNOSTICOS <input type="text"/>			
SÍNTOMAS CLINICOS <input type="text"/>			
PRUEBAS DE APOYO DIAGNOSTICO <input type="text"/>			



Mientras no se informe por escrito de otra manera, el presente formulario no constituye más que una propuesta de procedimiento a ser discutida.

N° 2-

USO EXCLUSIVO RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR (Grid for name and ID)

FECHA INICIO DE REPOSO (Date and duration of leave)

SECCION (Section selection)

IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para llenar por infracción grave o por más de un año y post natal

IDENTIFICACION DEL HIJO (Child identification grid)

FECHA DE NACIMIENTO (Date of birth grid)

TIPO DE LICENCIA

TIPO DE LICENCIA (License type and medical details)

V.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

V.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO (Leave characteristics and location)

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Professional identification)

TELÉFONO, DIRECCION, FAX, FIRMA DEL PROFESIONAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (Main diagnosis grid)

OTROS DIAGNOSTICOS (Other diagnoses grid)

PRECEDENTES CLINICOS (Clinical precedents)

BASES DE APOYO DIAGNOSTICO (Diagnostic support bases)

USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE (Service type and resolution)

RESOLUCION N° (Resolution number)

FECHA INICIO (Start date and duration)

FECHA FIN (End date and type of leave)

FECHA EXTENSION (Extension date)

FECHA EXTENSION RESOLUCION (Extension resolution date)

NOMBRE, FIRMA Y FIRMANA DEL AUTORIZADO POR EL SERVIDOR DE SALUD O ISAPRE

**C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
DECLARACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

FECHA DE EMISION DE ESTA DECLARACION POR EL EMPLEADOR

TEL. FAX

DIR. CUMPL. TRABAJADOR

COMUNA CIUDAD CODIGO COMUNAL USO COMBIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA Y ACTIVIDADES AGRIcolas, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETROLIO Y CANteras.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
3 = CONSTRUCCION
4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS.
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

OCCUPACION

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

DECLARACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

= DL 500 INP
= DL 390 AFP

LETRA (CAJA PREV.)

CATEGORIA DEL TRABAJADOR

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

AFFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 o 7

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = CCA F
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 o 6

F = SERVICIO DE SALUD
G = MUTUAL
H = EMPLEADOR

DECLARACION DE LA ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DECLARACION DE REMUNERACIONES, RENTAS Y/O SUBSIDIOS

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

MESES A LOS QUE CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS ACCIONALES Y QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DE LA LEY N° 44.709)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (ISAPRE, MUTUAL)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DE SALICICIO
MESES	ANOS	OTROS DATOS			IMPONIBLES DESARROLLADOS PARA TRABAJADORES COMP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (ISAPRE, MUTUAL)	
A			B	C	D	E	

Remuneracion imponible total mes anterior inicio licencia médica (cláusula 60 C.T.)

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3); SE DEBE COMPLETAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

MESES A LOS QUE CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS ACCIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DE LA LEY N° 44.709)	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (ISAPRE, MUTUAL)	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
MESES	ANOS	OTROS DATOS			IMPONIBLES DESARROLLADOS PARA TRABAJADORES COMP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (ISAPRE, MUTUAL)
A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al último o últimos mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajo dependiente o independiente respectivamente.

Las remuneraciones informales deben corresponder a los dos meses anteriores trabajados.

ACTIVIDADES ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

ACTIVIDADES ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

FECHAS	DESCRIPCION	TIPO	FECHAS	DESCRIPCION	TIPO

Art. 12 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes al reconocimiento del documento

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Licencia Médica

Muestra no sustruible por la central de medicación y el servicio de documentación consultados, que una propuesta del profesional que lo emite.

MINISTERIO DE SALUD - TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

Nº 2 -

DECRETO

USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Nº PATRONO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUBRO									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº DE DÍAS			
------------	--	--	--

FECHA INICIO DE REPOSO

DÍA		MES		AÑO	
-----	--	-----	--	-----	--

FOAM	
------	--

MES

AÑO

DÍA

MES



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD - TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

Mientras no se anote y por la contabilidad médica correspondiente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite

N° 2 -

REPUBLICA DE CHILE

SECCION A. USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL.

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESTADO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO EDAD

FECHA OBTENCION LICENCIA N° DE DIAS N° DE DIAS LA PATRIAS

IDENTIFICACION DEL HIJO (Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post-natales (Art. 109 y 20-A/C Del Trabajo) y parto de adopción previa (Ley 15.803))

ESTADO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

TIPO DE LICENCIA

1 = UNIFORME O ACCIDENTE COMÚN
 2 = PROBLEMAS DE SALUD PREVIENVA
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATALE
 4 = LESION GRAVE HIRTO MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE LABORAL O DEL TRAYECTO
 6 = INFIRMEZ PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBAZAZO

EMBAZAZO 1 = SI 2 = NO INFIRMEZ 1 = SI 2 = NO

FECHA ACCIDENTE DEL TRABAJADOR O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA MINUTOS TRAYECTO

FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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 - CALLE, N°, DEPTO., COMUNA _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ESTADO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES FECHA DEL TRABAJADOR

ESTADUALIDAD ESPECIALIDAD

RUN REGISTRO COLEGIADO PROFESIONAL COLEGIO PROFESIONAL

TELÉFONO DIRECCION FAX FIRMA DEL PROFESIONAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OTROS DIAGNOSTICOS

ANTECEDENTES CLINICOS

SÍNTOMAS DEL APOYO DIAGNOSTICO