Nº2- 45465950

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

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 PUBLICO: 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

APELLIDO PATERNO: Herrera
APELLIDO MATERNO: Castillo
NOMBRES: Laura
RUN: 16 095 086 - 2
M ó F: F
FECHA DE NACIMIENTO: 06 03 85
EDAD: 29
SEXO: F
FECHA INICIO DE REPOSO: 02 12 14 (DIA MES AÑO)
FECHA EMISION LICENCIA: 04 12 14
Nº DE DIAS: 84
Nº DE DIAS EN PALABRAS: Ochenta y cuatro

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales (Arts. 197 y 269 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: Blanco
APELLIDO MATERNO: Herrera
NOMBRES: Martin
RUN: 24 815 736 - 4
FECHA DE NACIMIENTO: 02 12 14

A.3. TIPO DE LICENCIA

3

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 (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)
FECHA DE LA CONCEPCION: 03 14 (MES AÑO)

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL: 1
2= REPOSO LABORAL PARCIAL:
SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE
LUGAR DE REPOSO: 1 (1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO)
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCION DE REPOSO
CALLE: La Montura
Nº: 07509
DPTO: Casa 23
VILLA O POBLACION: Antonino El Coique
COMUNA: Puente Alto
TELEFONO:
CELULAR: 8 90907 27
CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628 X

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: Gonzalez
APELLIDO MATERNO: Leiva
NOMBRES: Felipe
ESPECIALIDAD: Ginecologo
1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA: 1
RUN: 13 724 508 - 6
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:
CORREO ELECTRONICO:
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: Bellavista
Nº: 0415
COMUNA: Pta

Dr. Felipe Gonzalez Leiva
ginecología - Obstetricia
Rut: 13.724.508-6

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO

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 de recepcionado el documento.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE