

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

**AMESTICA FLORGES WERNAN IV**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**10188624 - 7**  
 RUN M ó F  
**280914** FECHA INICIO DE REPOSO **260914**  
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO  
**12** **DOCE**  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS  
**47** **M**  
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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= 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

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 DE REPOSO  
**ALAMEDA**  
 CALLE  
**4860** **UCI**  
 Nº DPTO  
 VILLA O POBLACION  
**ESTACION CENTRAL**  
 COMUNA  
**222896383**  
 TELEFONO CELULAR  
 CORREO ELECTRONICO

Autorizo a notificar resolución de LM a correo electrónico y/o celular indicado en esta LM y acceder a información provisional de acuerdo al Art. 10 Ley 19.628

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

**ESPINOZA CEPEDA ELEODORO** CUIDADO INTENSIVO   
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD  
**7316475 - 3** **13183 - 0** **eespinozeca@chp.c**  
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**ALAMEDA** **4860**  
 CALLE Nº  
**ESTACION CENTRAL** **227784408**  
 COMUNA TELEFONO  
 FIRMA DEL TRABAJADOR  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA			
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO