



Licencia Médica

Nº 1 - 33373277

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: **Heriva Verdugo** APELLIDO MATERNO: **Osama** NOMBRES: **Maria**
 FECHA EMISION LICENCIA: **90914** FECHA INICIO DE REPOSO: **090914**
 DIA MES AÑO
 Nº DE DIAS: **019** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **diez y nueve días xxx**

RUN: **8969531-7**
 FECHA DE NACIMIENTO: **57** EDAD: **57** SEXO: **F**

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): **ambulatoria**

DIRECCION DE REPOSO: **Cord Los Andes 328**
 CALLE: _____
 Nº: _____ DPTO: _____
Villa Manuel Rojas
 VILLA O POBLACION: _____
Maipú Santiago
 COMUNA: _____
62274071 CELULAR: _____
 TELEFONO: _____
 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

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **Torres Lisboa** APELLIDO MATERNO: **O. Patricia** NOMBRES: _____
 RUN: **4674829-8** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **6365**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **LIRA**
 CALLE: _____
Santiago
 COMUNA: _____

Psiquiatria ESPECIALIDAD: _____
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
patorres936@gmail.com CORREO ELECTRONICO: _____

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
 RUT: 81.698.900-0

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

| TOTAL DIAS | | DESDE | | HASTA | |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| DIAS | MESES | DIAS | MESES | DIAS | MESES |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|