



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 periodo 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 periodo 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: HERNANDEZ APELLIDO MATERNO: TOLEDO NOMBRES: ARLETTE
 RUN: 15260020 M 6 F: F
 FECHA EMISION LICENCIA: 07/10/14 FECHA INICIO DE REPOSO: 07/10/14 DIA: 07 MES: 10 AÑO: 14
 FECHA DE NACIMIENTO: 29/10/82 EDAD: 31 SEXO: F
 Nº DE DIAS: M Nº DE DIAS EN PALABRAS: once

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: AVENIDA ESPAÑA 201
 CALLE: 201 Nº: 41 DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: SANTIAGO
 COMUNA: _____ TELEFONO: _____ CELULAR: 93529597
 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 DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: ETLER APELLIDO MATERNO: HECK NOMBRES: ANDRÉS ESPECIALIDAD: Med. Interno 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 RUN: 1571521-9 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____ Nº: _____
 CALLE: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 COMUNA: SAN MIIGUEL 3234

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA 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 recepción del documento.

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