



La COMPIN, 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. N° 5/1964.

### Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

N° 2 - 41222316

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APELLIDO PATERNO |   |   |   |   |   |   |   |   |   | APELLIDO MATERNO |   |   |   |   |   |   |   |   |   | NOMBRES |   |   |   |   |   |   |   |   |   | RÚN |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| M                | A | M | A | P | A | P | A | P | A | C                | O | M | O | M | A | P | A | P | A | P       | A | M | A | R | I | A | M | A | R | I   | A | M | A | R | I | A | M | A | R | I | A | 1 | 3 | 9 | 1 | 2 | 0 | 3 | 5 | 7 | 3 |

|                        |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                        |   |   |   |   |   |   |   |  |  |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FECHA EMISION LICENCIA |   |   |   |   |   |   |   |  |  | FECHA INICIO DE REPOSO |   |   |   |   |   |   |   |  |  | EDAD |   |  |  |  |  |  |  |  |  | SEXO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                      | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |  |  | 1                      | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |  |  | 3    | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | F    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| N° DE DIAS |   |  |  |  |  |  |  |  |  | N° DE DIAS EN PALABRAS |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1          | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                      | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natalis. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DE NACIMIENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RÚN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**18 JUN 2013**

RECEPCION

RECEPCION

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 18.469 sanciona la simulación o engaño con reclusión menor en sus grados mínimo a medio