

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. N°3/1984.

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

**TORRES CORTES LUZ ANGELICA** APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**9773063 - 6** RUN  
**220514** FECHA EMISION LICENCIA **200514** FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO  
**070763** FECHA DE NACIMIENTO **60** EDAD **F** SEXO  
**15** N° DE DIAS **QUINCE** N° DE DIAS EN PALABRAS

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

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  2 = SI  1 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA MES AÑO  
 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): **1/3 Kinesioterapia**

DIRECCION DE REPOSO: **OSORNO**  
 CALLE: **6273** N° DPTO:  
 VILLA O POBLACION: **LA FLORIDA**  
 COMUNA: **02 24544092** TELEFONO CELULAR:  
 CORREO ELECTRONICO:

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

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

**PINO POMMER PAULA ALEJ TMT** APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD  
**16357688 - 0** RUN **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** CORREO ELECTRONICO  
**MARCOLETA** DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION CALLE  
**SANTIAGO** COMUNA  
**367** N° **Paula Pino P** FIRMA DEL PROFESIONAL  
**02 23543000** TELEFONO

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	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)