



Licencia Médica

La COMPIN, 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.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2- 42228585

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

P	E	A	D	I	L	I	L	L	O	M	A	D	R	I	D	A	U	R	O	R	A						
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO					NOMBRES						RUN						
041214										FECHA INICIO DE REPOSO					041214			45		M 6 F		F		SEXO			
FECHA EMISION LICENCIA										N° DE DIAS EN PALABRAS																	
15										QUINCE																	
N° DE DIAS										N° DE DIAS EN PALABRAS																	

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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 HIJO MENOR DE 1 AÑO		5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL		7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO	
1													
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	
										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	
1							
LUGAR DE REPOSO		1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO					
1							
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)							
DIRECCION : CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA Echea que 5460							
DEPTO 6 103 AUIOA							
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) : 9895 1535							

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

DE CAROLIS FRIEDMAN										VICENTE					FIRMA DEL TRABAJADOR					
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO					NOMBRES		CIRUJANO		1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
6282027										6					12.265-3		OKDECAROLIS@123.cl		CORREO ELECTRONICO	
RUN										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL					CORREO ELECTRONICO					
224360197										AV. VITACUKA 5250 OF. 904					DIRECCION		FAX		FIRMA DEL PROFESIONAL	
TELEFONO										DIRECCION					FAX		FIRMA DEL PROFESIONAL			

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.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES