



Licencia Médica

Nº 2 - 52882700

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 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

MUNRO BARBERA GUSTAVO LGN

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

11/10/17

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

10/10/17

DIA MES AÑO

02

Nº DE DIAS

DOS

Nº DE DIAS EN PALABRAS

18801905 - 6

RUN

M ó F

19/12/94

FECHA DE NACIMIENTO

22

EDAD

M

SEXO

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

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

TRAYECTO

1= SI
2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA

REPOSO PARCIAL

- A= MAÑANA
B= TARDE
C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO

1

- 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

LOS REES ANTONIOS

CALLE

377

Nº

46

DPTO

VILLA O POBLACION

NOVOA

COMUNA

TELEFONO

09 99989227

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

CABEZAS LUNA DANIELA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

15644263 - 1

RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

medico

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

danicabezas@gmail.com

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ELI ODORO YANEZ

CALLE

PROVIDENCIA

COMUNA

2087

Nº

02 26780800

TELEFONO

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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.

- 1= SI
2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AGUILLEROS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. I-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

[illegible]

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7 ☐ A= COMIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6 ☐ E= COMIN F= MUTUAL G= ISL H= EMPLEADOR
---	---

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL					FECHA CONTRATO DE TRABAJO				
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	

REGIMEN PREVISIONAL 1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P.		CODIGO 1= D.L. 3501 IPS 2= D.L. 3500 A.F.P.		INT. PREV. NOMBRE	
LETRA (CAJA PREV.)		1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834 2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE		CALIDAD DEL TRABAJADOR	
1= SI 2= NO		1= SI 2= NO		1= SI 2= NO	
- Trabajador Afiliado a AFC		- Contrato de duración indefinida		- Trabajador Afiliado a AFC	
SEGURO DE DESEMPEÑO		1= SI 2= NO		1= SI 2= NO	

C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA 1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS 2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS 3= CONSTRUCCION 4= ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA 5= COMERCIO 6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES 7= FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS 8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES 9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA 10= CONTRATO PLAZO FIJO	☐
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	
11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO 15= VENDEDOR 16= ADMINISTRATIVO 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19= OTRO (ESPECIFICAR)	☐
OCUPACION	

RUT										-	TELEFONO		DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR									
CIUDAD										COMUNA												
CODIGO COMUNAL USO COMPIN										FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR												
AÑO										MES												
DIA										AÑO												

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE