

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

APELLIDO PATERNO: ZUÑIGA APELLIDO MATERNO: MOZOMBIZE NOMBRES: Cesar A
FECHA EMISION LICENCIA: 17/10/18 FECHA INICIO DE REPOSO: 17/10/18
Nº DE DIAS: 15 N° DE DIAS EN PALABRAS: QUINCE

RUN: 24986349-1
FECHA DE NACIMIENTO: 06/09/97 EDAD: 21 SEXO: M

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: 2= 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: Ministro Gen
CALLE: 2a
Nº: DPTO: Lo Peado
VILLA O POBLACION:
COMUNA:
TELEFONO: 09 90677572 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)

APELLIDO PATERNO: Villanueva APELLIDO MATERNO: De la Mota NOMBRES: Ceyano/Psiquiatra
RUN: 26270337-1 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
CALLE: San Antonio
COMUNA: Santa

FIRMA DEL TRABAJADOR:
1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
1
CORREO ELECTRONICO: ELEN VILLANUEVA DE LA MOTA
Medico Ceyano - Psiquiatría Adultos
Run: 26270337-1
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 recepción del documento.

1= SI 2= NO

TOTAL DIAS	DESDE				HASTA			
	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

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

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

OCCUPACION

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)

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
 LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
	A			B	C	D	E

% DESAHUCIO

 ,

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
	A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente