Licencia Médica

Nº 2- 60144129

Ministerio de Salud — Gobierno de Chile

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 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 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: OSORIO
APELLIDO MATERNO: BERRIOS
NOMBRES: PATRICIA
RUN: 12693.069 - 0
M ó F / SEXO: F

FECHA EMISION LICENCIA: 12 10 21
FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO): 12 10 21
FECHA DE NACIMIENTO: 22 08 74
EDAD: 47

Nº DE DIAS: 007
Nº DE DIAS EN PALABRAS: SIETE

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).

FECHA DE NACIMIENTO:

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: RUN: -

A.3. TIPO DE LICENCIA

1

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 (1 = SI 2 = NO)
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (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
CALLE: TORCUATO PEÑA
Nº: 442
DPTO:
VILLA O POBLACION: VILLA LOS TORONJOS
COMUNA: GRANEROS.
TELEFONO:
CELULAR: 09 63036066.
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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: LEPE
APELLIDO MATERNO: CACERES
NOMBRES: POMPEYO.
ESPECIALIDAD: Medicina General.
1 — 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

RUN: 08.790.025 - 8
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: -
CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: SANTA ELENA
Nº: 238
COMUNA: GRANEROS.
72 2431687

Pompeyo Lepe C.
Rut: 8.790.025-8
Medicina Gral.

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

trabajados.