Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 1 - 39540000

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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ALEGRIA	OVALLE	MITZY

RUN: 17378428 - 7

FECHA EMISION LICENCIA: 14/05/24

FECHA INICIO DE REPOSO: 15/05/24 (DIA / MES / AÑO)

FECHA DE NACIMIENTO: 28/07/85

EDAD: 38

SEXO: M ó F: F

Nº DE DIAS: 10

Nº DE DIAS EN PALABRAS: DIEZ

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

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: 1 (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: PASAJE ESTACION SAUCO

Nº: 01620

DPTO: DEP 303

VILLA O POBLACION: BLOCK F

COMUNA: GUILLERMO FRODDEN

TELEFONO:

CELULAR: 954429127

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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
HERNANDEZ	MORELOS	ERIKA

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

1 (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)

RUN: 6616148 - K

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:

CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: CESFAM

Nº: CINCO

FIRMA DEL PROFESIONAL

COMUNA: RANCAGUA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

trabajados: