

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

FUENTES 00071262 CARLOS
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
270726 FECHA INICIO DE REPOSO 250726
FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
12 N° DE DIAS
N° DE DIAS EN PALABRAS

11.888151-6
170871 54 M
FECHA DE NACIMIENTO EDAD 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
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= 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 SAN LORENZO
CALLE 1180
N° 1.6100000 DPTO
VILLA O POBLACION PUCALLA
COMUNA
TELEFONO 985951115
CORREO ELECTRONICO CARLOS FUENTES 806MPR2.COM

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)

VILLARROGUE YAJEZ SANCHEZ MOB. GRU
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
9242180-5 16218-1
RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION LAS ANILAS
CALLE RINCAQUA
COMUNA
ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
CORREO ELECTRONICO SANCHEZ YAJEZ@GMAIL.COM
FIRMA DEL TRABAJADOR
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

RECIBO, 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
AÑO MES DIA AÑO MES DIA

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

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

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL ☐ 1= D.L. 3501 IPS ☐ 2= D.L. 3500 A.F.P. CODIGO LETRA NOMBRE INT. PREV.		CALIDAD DEL TRABAJADOR ☐ 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		SEGURO DE DESEMPLEO ☐ - Trabajador Afiliado a AFC ☐ 1= SI ☐ 2= NO ☐ - Contrato de duración indefinida ☐ 1= SI ☐ 2= NO	
---	--	---	--	---	--

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

DÍA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

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

[illegible]

% DESAHUCIO

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

\$ _____

(Información de meses anteriores a la fecha de la información)

[illegible]

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 trabajados.