Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 2 - 59143642

336

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: González
APELLIDO MATERNO: Soto
NOMBRES: Tamara A.
RUN: 18643631 - 6
FECHA EMISION LICENCIA: 17/10/19
FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO): 18/10/19
FECHA DE NACIMIENTO: 27/11/92
EDAD: 26
SEXO (M ó F): F
Nº DE DIAS: 30
Nº DE DIAS EN PALABRAS: treinta

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

7

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): 07/19

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: Pasos Verdes
Nº: 38
DPTO
VILLA O POBLACION: Los Portones
COMUNA: Pocuro - Panquehue
TELEFONO
CELULAR: 964053116
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

X FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: Poblete
APELLIDO MATERNO: Klein
NOMBRES: Juan Pablo
ESPECIALIDAD: G-O
1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA: 1
RUN: 7721710 - K
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 18901 - K
CORREO ELECTRONICO
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: Alameda
Nº: 634
COMUNA: Panquehue

Dr. Juan Pablo Poblete Klein
OBSTETRICIA-GINECOLOGIA
Rut. 7.721.710-K
F.C.M. 19.901-K
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1= SI
2= NO

ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Scanned by CamScanner