Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

# Licencia Médica

Nº 2 - 54097318

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 |
|---|---|---|
| ABRIGO | VARGAS | VIVIANA ANDREA |

RUN: 16.481.379 - 1 (M ó F)

| FECHA EMISION LICENCIA | FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO) | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO |
|---|---|---|---|---|
| 21/11/17 | 21/11/17 | 29/08/86 | 31 | F |

| Nº DE DIAS | Nº DE DIAS EN PALABRAS |
|---|---|
| 42 | CUARENTA Y DOS |

### 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

3

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): 03/17

### 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: A (1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO)

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION DE REPOSO

CALLE: LOS ARAYANES

Nº: [illegible] DPTO: 118

VILLA O POBLACION: CONDOMINIO PORTAL DE MACHALI

COMUNA: MACHALI

TELEFONO: [illegible] CELULAR: 962165602

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 | ESPECIALIDAD | 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA |
|---|---|---|---|---|
| MENDOZA | GARCIA | DANNY R | GINECOLOGO | 1 |

RUN: 22.012.307 - K

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:

CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: [illegible]

## NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

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

| TOTAL DIAS | DESDE DIA | DESDE MES | DESDE AÑO | HASTA DIA | HASTA MES | HASTA AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

correspondera a los dias efectivamente trabajados.