

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

APELLIDO PATERNO: FERNANDES, LEON, PAULINA
APELLIDO MATERNO: []
NOMBRES: []
FECHA INICIO DE REPOSO: 100325
DIA MES AÑO
FECHA EMISION LICENCIA: 04
Nº DE DIAS: []
Nº DE DIAS EN PALABRAS: SIETE

RUN: 18212068-7
FECHA DE NACIMIENTO: 050989
EDAD: 35
SEXO: F

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: BLANCA
APELLIDO MATERNO: FERNANDES LUGAS
NOMBRES: []

FECHA DE NACIMIENTO: 080624
28457830-2

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: PASAJE JACARANDA
CALLE: 328
Nº: []
DPTO: []
VILLA O POBLACION: INSTITUTO Ingles -
MAHON
COMUNA: []
TELEFONO: []
CELULAR: 9 81363740
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: JAVIER BALLO
APELLIDO MATERNO: SAIZ TROJICA
NOMBRES: []
RUN: 170091-2
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: []

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: BOMBERO JUAQUIN
COMUNA: PASTAGUA

ESPECIALIDAD: 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO: []
FIRMA DEL PROFESIONAL: []
Nº: 1049
22 2 901944

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI
2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES