

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.

149

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APPELLIDO PATERNO: FUENTES VERDUGO APPELLIDO MATERNO: IVONNE NOMBRES: ELIZABETH RUN: 19479174 - 6
FECHA EMISION LICENCIA: 200726 FECHA INICIO DE REPOSO: 200726 DIA MES AÑO
FECHA DE NACIMIENTO: 260275 EDAD: 31 SEXO: F
Nº DE DIAS: 030 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).

APPELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: RUN: FECHA DE NACIMIENTO:

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: STEWELL
CALLE: 162 DPTO: SANTA TERESA
VILLA O POBLACION: MACHALI
COMUNA: 971375198
TELEFONO: CORREO ELECTRONICO:
FIRMA DEL TRABAJADOR:

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)

APPELLIDO PATERNO: VIEIRA APPELLIDO MATERNO: FRIAS NOMBRES: JOSE OCTAVIO ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
RUN: 25493268 - K REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: CORREO ELECTRONICO: Dr. José Octavio Vieira Frias
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: AV. N.º 1 APOQUINDO Nº: 4775
CALLE: LAS COMEDAS COMUNA: TELEFONO:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES