



Licencia Médica

Nº 2 - 60754553

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		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
FUENTES		LEON		PAULINA	
FECHA INICIO DE REPOSO		FECHA EMISION LICENCIA		Nº DE DIAS	
28/12/24		02		2	
DIA		MES		AÑO	
28		12		24	
Nº DE DIAS EN PALABRAS		DIA		MES	
2		12		24	

RUN		M O F	
14.212068		F	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
05/09/89		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		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
BLANCH		FUENTES		LUCAS	

FECHA DE NACIMIENTO		RUN	
28/11/24		28454830 - 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	
4	
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	
1		1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO		LUGAR DE REPOSO	
1		JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		DIRECCION DE REPOSO	
LA CAJADA		CALLE		327	
Nº		DPTO		INSTITUTO. JAGLES	
VILLA O POBLACION		PIACHALL		COMUNA	
COMUNA		TELEFONO		CELULAR	
CORREO ELECTRONICO		9.8003440			

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)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
FERNANDO		SANCHEZ		NICOLA	
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL			
11.890095 - 2					

FIRMA DEL TRABAJADOR		1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
FERNANDO SANCHEZ NICOLA		1	
ESPECIALIDAD		CORREO ELECTRONICO	
1099			

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE		COMUNA	
BORN BORO RUAHO BEN		PARRALUA	

FIRMA DEL PROFESIONAL	
22.2901944	

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 el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1= SI
2= NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA		MES		AÑO	
DIA		MES		AÑO	

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES