

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. Nº 3/1984.

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: VALDIVIA, APELLIDO MATERNO: CARRERAS, NOMBRES: SANA
FECHA EMISION LICENCIA: 290420, FECHA INICIO DE REPOSO: 010520
Nº DE DIAS: 30, Nº DE DIAS EN PALABRAS: treinta

RUN: 8205549-5, FECHA DE NACIMIENTO: 160257, EDAD: 63, 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: , RUN: , FECHA DE NACIMIENTO: , SEXO:

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): B= MAÑUTENI
DIRECCION DE REPOSO: , CALLE: , Nº: , DPTO: , VILLA O POBLACION: , COMUNA: , TELEFONO: , CELULAR: , 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

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

Apellido Paterno: ESCOBAR, APELLIDO MATERNO: ALCAINO, NOMBRES: MARCELA
RUN: 11079166-6, REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 20885-0

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: ASTORGA, COMUNA: RENCA

FIRMA DEL TRABAJADOR: , ESPECIALIDAD: 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO: , FIRMA DEL PROFESIONAL: , RUT: 11.079.166-6

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.

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	DIA

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES