



Licencia Médica

Nº 2 - 53569299

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

18106709 - 8
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
070324 FECHA INICIO DE REPOSO 080324 DIA MES AÑO
FECHA EMISION LICENCIA
07 N° DE DIAS
Siete días N° DE DIAS EN PALABRAS

18106709 - 8
RUN
111291 32 M 6 F
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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).

20111118106709 - 8
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

150923
FECHA DE NACIMIENTO
28245458 - 0
RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

4
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
CALLE
N° 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)

16287232 - K
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
16287232 - K RUN
32041 - 2 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA
ESPECIALIDAD
CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

16287232 - K
CALLE
COMUNA

802
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

IDENTE
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA
30	08	08	2011	11	18	2011	11	18
30	08	08	2011	11	18	2011	11	18
42	08	08	2011	11	18	2011	11	18
64	08	08	2011	11	18	2011	11	18
84	08	08	2011	11	18	2011	11	18
104	08	08	2011	11	18	2011	11	18
124	08	08	2011	11	18	2011	11	18
144	08	08	2011	11	18	2011	11	18
164	08	08	2011	11	18	2011	11	18
184	08	08	2011	11	18	2011	11	18
204	08	08	2011	11	18	2011	11	18
224	08	08	2011	11	18	2011	11	18
244	08	08	2011	11	18	2011	11	18
264	08	08	2011	11	18	2011	11	18
284	08	08	2011	11	18	2011	11	18
304	08	08	2011	11	18	2011	11	18
324	08	08	2011	11	18	2011	11	18
344	08	08	2011	11	18	2011	11	18
364	08	08	2011	11	18	2011	11	18
384	08	08	2011	11	18	2011	11	18
404	08	08	2011	11	18	2011	11	18
424	08	08	2011	11	18	2011	11	18
444	08	08	2011	11	18	2011	11	18
464	08	08	2011	11	18	2011	11	18
484	08	08	2011	11	18	2011	11	18
504	08	08	2011	11	18	2011	11	18
524	08	08	2011	11	18	2011	11	18
544	08	08	2011	11	18	2011	11	18
564	08	08	2011	11	18	2011	11	18
584	08	08	2011	11	18	2011	11	18
604	08	08	2011	11	18	2011	11	18
624	08	08	2011	11	18	2011	11	18
644	08	08	2011	11	18	2011	11	18
664	08	08	2011	11	18	2011	11	18
684	08	08	2011	11	18	2011	11	18
704	08	08	2011	11	18	2011	11	18
724	08	08	2011	11	18	2011	11	18
744	08	08	2011	11	18	2011	11	18
764	08	08	2011	11	18	2011	11	18
784	08	08	2011	11	18	2011	11	18
804	08	08	2011	11	18	2011	11	18
824	08	08	2011	11	18	2011	11	18
844	08	08	2011	11	18	2011	11	18
864	08	08	2011	11	18	2011	11	18
884	08	08	2011	11	18	2011	11	18
904	08	08	2011	11	18	2011	11	18
924	08	08	2011	11	18	2011	11	18
944	08	08	2011	11	18	2011	11	18
964	08	08	2011	11	18	2011	11	18
984	08	08	2011	11	18	2011	11	18
1004	08	08	2011	11	18	2011	11	18

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RUT 65082446-6
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR LAUTARNO 487
TELEFONO 41 2482841
FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 080324
DIA MES AÑO

COMUNA Concepcion
Código COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR
9= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA
1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS
2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS
3= CONSTRUCCION
4= ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA
5= COMERCIO
6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES
7= FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS
8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA
10= CONTRATO PLAZO FIJO
OCCUPACION 21
11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
16= ADMINISTRATIVO
17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL
18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
19= OTRO (ESPECIFICAR)

C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL 2
1 D.L. 3501 IPS
2 D.L. 3500 A.F.P.
Código LETRA
NOMBRE INT. PREV. CAPITAL
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 180110
DIA MES AÑO
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6 7
A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.A.F.
D= EMPLEADOR
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6
E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR
FECHA CONTRATO DE TRABAJO 010320
DIA MES AÑO
SEGURO DE DESEMPEÑO
1= SI
2= NO
Trabajador Afiliado a AFC
1= SI
2= NO
Contrato de duración indefinida
1= SI
2= NO

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES PARA DESAHUCIO Y AJUellos TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES	A		B		C		D		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
		MES	AÑO	Nº DE DIAS	TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS	
		02	23	30		\$1.414.887				
		01	23	30		\$1.414.887				
		12	22	30		\$1.414.887				

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES	A		B		C		D		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL
		MES	AÑO	Nº DE DIAS	TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS	

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente.

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.
% DESAHUCIO