

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art 16 D.S. N°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

ΔΡΟΥΟ										SALINA										CRISTINA									
APellidos Paterno										Apellidos Materno										Nombres									

APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO							
1	1	1	2	2	4	FECHA INICIO DE REPOSO	1	0	1	2	2	4
FECHA EMISION LICENCIA						DIA MES AÑO						

14		CATORCE									
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS									

9198448 - 2
RUN MÓD
240763 61 F
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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).

[illegible]

FECHA DE NACIMIENTO

DIN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1	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 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. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1= REPOSO LABORAL TOTAL	SOLO PARA		A= MAÑANA
	2= REPOSO LABORAL PARCIAL			B= TARDE
		REPOSO PARCIAL		C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO ☒ 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCION DE REPOSO

FRANCISCO RODRIGUEZ

CALLE

122

Nº DPTO

VILLA SAN PEDRO

VILLA O POBLACION

SAN PEDRO DE LA PAZ

COMUNA

987299122

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)

LOCKSCH WERNER LENATE														
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES				

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NÚMEROS																			
			6	4	3	3	1	0	8	-														1	0	1	3	8	-										
DNI																				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL																			

OFTALMOLOGIA
ESPECIALIDAD

[illegible]

CONCEPCION

4	5	0		
---	---	---	--	--

4	1	2	2	3	2	4	6	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Theresa M. H. W.
FIRMA DEL PROFESOR

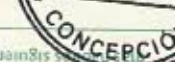
1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

2= NO
1= SI

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o (sobre correspondiente), dentro de los tres días siguientes de recepcionado el documento.

NOMBRE, FIRMA Y TÍTULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES


 FIRMA DEL PROFESOR
 63
 SENATE KOCKRICH W.
 ICM: 10...
 Drorpelle 450...
 Fonos 41-223246...
 433.108-6
 32464

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

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA CONCEPCION

65082446-6

41 2238312

11 1224

RUT

TELEFONO

DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

LAUTARO 487

CONCEPCION

CONCEPCION

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

COMUNA

CIUDAD

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

OCUPACION

0= 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

9

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)

12

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

SEGURO DE DESEMPLEO

1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.

1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834
2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834
3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Trabajador Afiliado a AFC
Contrato de duracion indefinida

1= SI
2= NO

1= SI
2= NO

CODIGO

LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV.

NO COTIZA

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

18 11 86

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

02 05 88

DIA MES AÑO

DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

B

5

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

NAS VIDA

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 DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.306/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)							% DESAHUCIO	
CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	MONTO	N° DE DIAS
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)			
	MES	AÑO	N° DE DIAS	B	C			
	A							
	11	2024	30		\$1.908.186-			
	10	2024	30		\$1.908.186-			
	09	2024	30		\$2.099.055-			

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

\$

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)							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.	
CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	MONTO	N° DE DIAS
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)			
	MES	AÑO	N° DE DIAS	B	C			
	A							

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente

CONTINUA

CONTINUA