



Licencia Médica

Nº 2 - 59551568

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

DIAZ				RODRERO				DANIELA			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES			
020522				020522							
FECHA EMISION LICENCIA				DIA MES AÑO							
07				SIETE							
Nº DE DIAS				Nº DE DIAS EN PALABRAS							

16190394										9	
RUN										M ó F	
240785										36	
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).

CABALLERO				DIAZ				FIDELIA			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES			

180821									
FECHA DE NACIMIENTO									
27600458									
RUN									

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	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			
LOS NARAJOS			
CALLE			
3798			
Nº			
SAN MARTIN			
DPTO			
VILLA O POBLACION			
TALCA HUAJO			
COMUNA			
994874172			
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)

SOLAR				BARRERO				OSCAR			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES			
5532945				8936							
RUN				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL							

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION															
AMIBO PINTO 215															
CALLE															
CONCEPCION															
COMUNA															

FIRMA DEL TRABAJADOR		1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
Pedro		1
oscar solar g.		
CORREO ELECTRONICO		
DR. OSCAR SOLAR G.		
PEDIATRIA		
FANTO 215-OF 507		
FIRMA DEL PROFESIONAL		
5532945		

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Bronquitis obstructiva															
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OTROS DIAGNOSTICOS

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

1= CONFIRMADO
2= EN ESTUDIO

SECCION B: (Uso exclusivo COMPIN, Subcomisión, Unidad de Licencias Médicas o ISAPRE)

COMPIN O ISAPRE	RESOLUCION Nº	
ESTABLECIMIENTO	CODIGO ESTABLECIMIENTO	
TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
	AUTORIZADO POR	DIAGNOSTICO
	DIAS	CODIGO CIE-10
		Nº DIAS PREVIOS
		1= PRIMERA 2= CONTINUACION

1= AUTORIZASE 2= RECHAZASE 3= AMPLIASE 4= REDUCESE 5= PENDIENTE DE RESOLUCION 6= REDICTAMEN
--

CAUSA RECHAZO
1= REPOSO INJUSTIFICADO 2= DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3= FUERA DE PLAZO 4= INCUMPLIMIENTO REPOSO 5= OTRO (ESPECIFICAR)

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

A= Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. Nº 44/78, Ley 18.469 y LEY 16.744. B= Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56. C= Sin derecho a subsidio.
--

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO
PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCION EN COMPIN O ISAPRES	FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRES	REDICTAMEN
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO
AUTORIZADO POR EL COMPIN O ISAPRE

REGISTRO COLEGIO MEDICO

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

Fund Educ Colegio la Providencia Concepción

65082446 - 6 41 2238312 020522

RUT TELEFONO DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR LAUTARO 487 CONCEPCION

CONCEPCION CIUDAD CODIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

OCUPACION

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

2

CODIGO LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. Plan Vital

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

3

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC 1= SI 2= NO

- Contrato de duración indefinida 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 010408 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 010309 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.C.A.F
D= EMPLEADOR

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO CCAF LOS ANDES

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, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E
	04	22	25		949.474		
	03	22	0		181.310		
	02	22	30		1.139.369		

% DESAHUCIO

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

\$

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	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E

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 trabajados.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
21	16	03	22	05	04	22
15	01	03	22	15	03	22

1= SI
2= NO

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.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Flore

FUNDACIÓN EDUCACIONAL