

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. 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

DIAZ RODRIGO DANIEL		
APPELLIDO PATERO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES
020522	020522	FECHA INICIO DE REPOSO
FECHA EMISION LICENCIA	DIA MES AÑO	
07	SIETE	Nº DE DIAS EN PALABRAS
Nº DE DIAS		

16190394 - 9  
RUN  
240785  
36  
FECHA DE NACIMIENTO  
EDAD  
M 6 F  
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 EIDILIA		
APPELLIDO PATERO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES

180821  
FECHA DE NACIMIENTO  
27600458 - 1  
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	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 MARAVJOS	
CALLE	378
Nº	DPTO
SAN MARTIN	
VILLA O POBLACION	TALCAHUANO
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)

SOLAZA BARTOLO OSCAR		
APPELLIDO PATERO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES
5532945-1	8936	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
RUN		

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

AMBATO PINTO 215	
CALLE	
CONCEPCION	
COMUNA	

Pediatra  
Especialidad  
oscar.solar@zimaf.cl  
CORREO ELECTRONICO  
DR. OSCAR SOLAR G.  
PEDIATRIA  
A PUNTO 215-OF 507  
FIRMA DEL PROFESIONAL  
KLINE 532.040-1

**NO ARBITRIAL USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES**

### A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

B neumonía obstructiva

1= CONFIRMADO  
2= EN ESTUDIO

OTROS DIAGNOSTICOS

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

## 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	AUTORIZADO POR	DIAGNOSTICO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

1= PRIMERA 2= CONTINUACION	Nº DIAS PREVIOS
-------------------------------	-----------------

DOBLAR

- 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. N° 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

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 Educco l Colegio la Prov dencia Concepción			FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR		
65082446 - 6	RUT	41 2238312	TELEFONO	020522	DIA MES AÑO
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR			LAUTARO 487 CONCEPCION		
CONCEPCION		COMUNA	CIUDAD	CODIGO COMUNAL USO COMPIN	
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR			OCCUPACION		
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			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	CALIDAD DEL TRABAJADOR	FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 IPS <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.  CODIGO <input type="text"/> <input type="text"/> LETRA <input type="text"/> NOMBR INT. PREV. Plan Vital	3= 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
01 04 08	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 <input checked="" type="checkbox"/> C= COMPIN B= ISAPRE C= C.C.A.F D= EMPLEADOR	01 03 09
	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 <input type="checkbox"/> E= COMPIN <input type="checkbox"/> F= MUTUAL <input type="checkbox"/> G= ISL <input type="checkbox"/> 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 I-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

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		% DESAHUCIO <input type="text"/> , <input type="text"/>
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)		
	MES	AÑO	Nº DE DIAS					
	A			B		C	D	E
	04	22	25			949.474		
	03	22	0			101.310		
	02	22	30			1.139.369		

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

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		La informacion 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.
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)		
	MES	AÑO	Nº DE DIAS					
	A			B		C	D	E

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

