



Licencia Médica

Nº 2 - 61508190

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

Apellido Paterno: Ibañez Valenzuela Francisco
Apellido Materno: []
Nombres: []
Fecha Inicio de Reposo: 01/03/24
Fecha Emisión Licencia: 007
Nº de Días: []
Nº de Días en Palabras: Siete Días

RUN: 18106709-8
Fecha de Nacimiento: 11/12/91
Edad: 32
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: Rojas Ibañez
Apellido Materno: []
Nombres: Pascual

Fecha de Nacimiento: 15/09/23
Run: 28245458-0

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= PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

Recuperabilidad Laboral: 1= SI 2= NO
Inicio Trámite de Invalidez: 1= SI 2= NO
Fecha del Accidente del Trabajo o del Trayecto: []
Hora Minutos: []
Trayecto: 1= SI 2= NO
Fecha de la Concepción: []

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): []
Dirección de Reposo: Doniella Norte
Calle: 3267
Nº: [] DPTO: Concepción
Villa o Población: []
Comuna: []
Teléfono: [] Celular: []
Correo Electrónico: []

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: Ortiz Vergara Juan
Apellido Materno: []
Nombres: []
Run: 9104440-K
Registro Colegio Profesional: 13598-H

Especialidad: Pediatra
1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA
Firma del Trabajador: []
Firma del Profesional: []
Correo Electrónico: []
Run: 7.187.740-K
R.C.M.: 13598-H

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Calle: San Martín
Comuna: Concepción

Nº: 1350
Teléfono: 41 2290100

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

Nombre, Firma y Timbre del Empleado o Trabajador Independiente: []
Firma: []
Colegio Profesional: []
Fundación: []
Providencia: []

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES
30	00	01	00	01	00
31	00	02	00	02	00
32	00	03	00	03	00
33	00	04	00	04	00
34	00	05	00	05	00
35	00	06	00	06	00
36	00	07	00	07	00
37	00	08	00	08	00
38	00	09	00	09	00
39	00	10	00	10	00
40	00	11	00	11	00
41	00	12	00	12	00
42	00	01	01	01	01
43	00	02	01	02	01
44	00	03	01	03	01
45	00	04	01	04	01
46	00	05	01	05	01
47	00	06	01	06	01
48	00	07	01	07	01
49	00	08	01	08	01
50	00	09	01	09	01
51	00	10	01	10	01
52	00	11	01	11	01
53	00	12	01	12	01
54	00	01	02	01	02
55	00	02	02	02	02
56	00	03	02	03	02
57	00	04	02	04	02
58	00	05	02	05	02
59	00	06	02	06	02
60	00	07	02	07	02
61	00	08	02	08	02
62	00	09	02	09	02
63	00	10	02	10	02
64	00	11	02	11	02
65	00	12	02	12	02
66	00	01	03	01	03
67	00	02	03	02	03
68	00	03	03	03	03
69	00	04	03	04	03
70	00	05	03	05	03
71	00	06	03	06	03
72	00	07	03	07	03
73	00	08	03	08	03
74	00	09	03	09	03
75	00	10	03	10	03
76	00	11	03	11	03
77	00	12	03	12	03
78	00	01	04	01	04
79	00	02	04	02	04
80	00	03	04	03	04
81	00	04	04	04	04
82	00	05	04	05	04
83	00	06	04	06	04
84	00	07	04	07	04
85	00	08	04	08	04
86	00	09	04	09	04
87	00	10	04	10	04
88	00	11	04	11	04
89	00	12	04	12	04
90	00	01	05	01	05
91	00	02	05	02	05
92	00	03	05	03	05
93	00	04	05	04	05
94	00	05	05	05	05
95	00	06	05	06	05
96	00	07	05	07	05
97	00	08	05	08	05
98	00	09	05	09	05
99	00	10	05	10	05
100	00	11	05	11	05
101	00	12	05	12	05
102	00	01	06	01	06
103	00	02	06	02	06
104	00	03	06	03	06
105	00	04	06	04	06
106	00	05	06	05	06
107	00	06	06	06	06
108	00	07	06	07	06
109	00	08	06	08	06
110	00	09	06	09	06
111	00	10	06	10	06
112	00	11	06	11	06
113	00	12	06	12	06
114	00	01	07	01	07
115	00	02	07	02	07
116	00	03	07	03	07
117	00	04	07	04	07
118	00	05	07	05	07
119	00	06	07	06	07
120	00	07	07	07	07
121	00	08	07	08	07
122	00	09	07	09	07
123	00	10	07	10	07
124	00	11	07	11	07
125	00	12	07	12	07
126	00	01	08	01	08
127	00	02	08	02	08
128	00	03	08	03	08
129	00	04	08	04	08
130	00	05	08	05	08
131	00	06	08	06	08
132	00	07	08	07	08
133	00	08	08	08	08
134	00	09	08	09	08
135	00	10	08	10	08
136	00	11	08	11	08
137	00	12	08	12	08
138	00	01	09	01	09
139	00	02	09	02	09
140	00	03	09	03	09
141	00	04	09	04	09
142	00	05	09	05	09
143	00	06	09	06	09
144	00	07	09	07	09
145	00	08	09	08	09
146	00	09	09	09	09
147	00	10	09	10	09
148	00	11	09	11	09
149	00	12	09	12	09
150	00	01	10	01	10
151	00	02	10	02	10
152	00	03	10	03	10
153	00	04	10	04	10
154	00	05	10	05	10
155	00	06	10	06	10
156	00	07	10	07	10
157	00	08	10	08	10
158	00	09	10	09	10
159	00	10	10	10	10
160	00	11	10	11	10
161	00	12	10	12	10
162	00	01	11	01	11
163	00	02	11	02	11
164	00	03	11	03	11
165	00	04	11	04	11
166	00	05	11	05	11
167	00	06	11	06	11
168	00	07	11	07	11
169	00	08	11	08	11
170	00	09	11	09	11
171	00	10	11	10	11
172	00	11	11	11	11
173	00	12	11	12	11
174	00	01	12	01	12
175	00	02	12	02	12
176	00	03	12	03	12
177	00	04	12	04	12
178	00	05	12	05	12
179	00	06	12	06	12
180	00	07	12	07	12
181	00	08	12	08	12
182	00	09	12	09	12
183	00	10	12	10	12
184	00	11	12	11	12
185	00	12	12	12	12
186	00	01	13	01	13
187	00	02	13	02	13
188	00	03	13	03	13
189	00	04	13	04	13
190	00	05	13	05	13
191	00	06	13	06	13
192	00	07	13	07	13
193	00	08	13	08	13
194	00	09	13	09	13
195	00	10	13	10	13
196	00	11	13	11	13
197	00	12	13	12	13
198	00	01	14	01	14
199	00	02	14	02	14
200	00	03	14	03	14

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes del COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

[]

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND E.D.U.C. COLEGIO LA PAZ: VERA

RUT 65082496-6

TELEFONO 41 24828711

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR 280224

DIA MES AÑO

FUNCION DONDE CUMPLE

LAUTANO 487

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

Comercion

Comuna

ciudad

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

9

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

OCCUPACION

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.

CODIGO

LETRA

(CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. CAPITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

3

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 180110

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 010320

DIA MES AÑO

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

A= COMPIN

B= ISAPRE

C= C.C.A.F.

D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6

E= COMPIN

F= MUTUAL

G= ISL

H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. N° 3063/80, ADENAS DEBE REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C Y E CUANDO CORRESPONDA

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			A	Nº DE DIAS	B	C	D	E
	MES	AÑO	Nº DE DIAS						
	02	23	30						
	01	23	30						
	12	22	30						

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

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			A	Nº DE DIAS	B	C	D	E
	MES	AÑO	Nº DE DIAS						
	02	23	30						
	01	23	30						
	12	22	30						

% DESAHUCIO

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

\$

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que preceda al inicio de la licencia médica según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente