Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 2 - 61762819

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 PUBLICO: 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: REYES
APELLIDO MATERNO: FUENTES
NOMBRES: VALESKA
RUN: 17160451 - 6
FECHA EMISION LICENCIA: 140725
FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO): 140725
FECHA DE NACIMIENTO: 040189
EDAD: 36
SEXO (M ó F): F
Nº DE DIAS: 012
Nº DE DIAS EN PALABRAS: DOCE

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
APELLIDO MATERNO
NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO
RUN

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: 2 (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 (1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO)
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCION DE REPOSO
CALLE: COYAM
Nº: 4500
DPTO:
VILLA O POBLACION: ESCUADRON
COMUNA: CORONEL
TELEFONO
CELULAR: 933973983
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

X FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: URBINA
APELLIDO MATERNO: BURGOS
NOMBRES: MEDARDO
ESPECIALIDAD: MED-GRAL
1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA: 1
RUN: 5970400 - 1
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 12977 - 1
CORREO ELECTRONICO: urbinamed@gmail.com
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: BARROS ARANA
Nº: 457
COMUNA: CONCEPCION
TELEFONO: 41 2224997

FIRMA DEL PROFESIONAL
Dr. MEDARDO URBINA BURGOS
Médico Cirujano
I. Col. Med.: 12977 - 1
5970400 - 1

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO

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.

1= SI
2= NO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

COLEGIO LA PROVIDENCIA * CONCEPCION * FUNDACIÓN EDUCACIONAL

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 14 07 25 (DIA MES AÑO)

RUT: 65082446 - 6

TELEFONO: 41 2238312

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: LAUTARO 487

COMUNA: CONCEPCION

CIUDAD: CONCEPCION

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 10

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)

[19] ASISTENTE EDUCACION

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF:

REGIMEN PREVISIONAL

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

CODIGO: LETRA (CAJA PREV.):

NOMBRE INT. PREV.: MODELO

CALIDAD DEL TRABAJADOR

[3] 1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY Nº 18.834
2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY Nº 18.834
3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC [1] 1= SI 2= NO
- Contrato de duración indefinida [2] 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 01 12 06 (DIA MES AÑO)

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 01 03 25 (DIA MES AÑO)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: 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. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
	A			B	C	D	E
	06	25	30		$588.860.-		
	05	25	30		$572.900.-		
	04	25	27		$515.610.-		

% DESAHUCIO: ,

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)

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. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº 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.

CONTINUA