



**I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN**

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO N° 38821**

Quillón, 22 NOV 2016

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Valeria Parada, Laura Villagran, Ana Barrientos, Adith Novoa y Mariela Neira.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio N° 472, de fecha 05 de Junio de 1996, que aprueba el Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quillón.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio N° 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 4828 de fecha 15 de Diciembre de 2015, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2016 del Departamento de Salud.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

**DECRETO:**

1. Acéptese licencia médica de la funcionaria que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-36179543	Valeria Parada Placencia	[REDACTED]	Médico CESFAM	1	16/11/2016	16/11/2016	MAS VIDA
1-36179542	Laura Villagran Merino	[REDACTED]	Secretaria CESFAM	03	16/11/2016	18/11/2016	MAS VIDA
2-51289729	Ana Barrientos Flores	[REDACTED]	Matrona CESFAM	01	17/11/2016	17/11/2016	FONASA
1-36179546	Adith Novoa Muñoz	[REDACTED]	Técnico Dental CESFAM	01	17/11/2016	17/11/2016	FONASA
1-36179544	Mariela Neira Ulloa	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	18/11/2016	18/11/2016	FONASA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenerse la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA  
SECRETARIO MUNICIPAL  
MINISTRO DE FE**

YLF/jsb.  
18/11/2016

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Funcionario (a)



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"**





# Licencia Médica

## Nº 1- 36179543

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. Nº 31/984

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** PARADA PLACENCIA VALERIA  
**APELLIDO MATERNO** \_\_\_\_\_  
**NOMBRES** \_\_\_\_\_  
**FECHA EMISION LICENCIA** 17/11/16  
**FECHA INICIO DE REPOSO** 16/11/16  
**DIA MES AÑO** \_\_\_\_\_  
**Nº DE DIAS** 01  
**Nº DE DIAS EN PALABRAS** UNO



**FECHA DE NACIMIENTO** 10/06/82  
**EDAD** 34  
**SEXO** F

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalis. (Arts. 199 y 200 del C. De. Trabajo y juicio de adopción plena (Ley 18.867))

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

#### 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

#### 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 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

**JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)** \_\_\_\_\_

**DIRECCION DE REPOSO** \_\_\_\_\_

**CALLE** \_\_\_\_\_

**Nº DPTO** \_\_\_\_\_

**VILLA O POBLACION** \_\_\_\_\_

**COMUNA** \_\_\_\_\_

**TELEFONO** \_\_\_\_\_

**CELULAR** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**ESPECIALIDAD** \_\_\_\_\_  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

**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** \_\_\_\_\_

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

**APELLIDO PATERNO** ESCALANTE VALDE JORGE  
**APELLIDO MATERNO** \_\_\_\_\_  
**NOMBRES** \_\_\_\_\_  
**ESPECIALIDAD** \_\_\_\_\_  
**REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRONICO** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION** \_\_\_\_\_  
**CALLE** FRANCISCO UNZUETA  
**COMUNA** QUILLON

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES**

TOTAL DIAS	DIA	DESE	AÑO	DIA	HASTA	AÑO
01	01	08	2016	31	08	2016
01	01	09	2016	16	09	2016
02	02	09	2016	30	09	2016
04	04	10	2016	14	10	2016
02	02	10	2016	10	10	2016
02	02	11	2016	14	11	2016
02	02	11	2016	28	11	2016
02	02	12	2016	08	12	2016
01	01	12	2016	11	12	2016

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.  
 INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE







# Licencia Médica

# Nº 1- 36179542

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. 15 D.S. Nº 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

**VILLABLAN MERINO LAURA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 17/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO 16/11/16  
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO  
 03 N° DE DIAS TRES N° DE DIAS EN PALABRAS

**240556** RUN  
**60** EDAD  
**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).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

### 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

### 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)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

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

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

*U. Maganti*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**ESCALANTE VAQUE JORGE**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

NO ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

**FRANCISCO UNZUETA**  
CALLE

COMUN

**NOVILLON**

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

COLEGIO

*Jorge L. Escalante Vaque*  
FIRMA DEL PROFESIONAL

**MEDICO**  
FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Signature]*



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	26	2016
01	22	2016
05	23	2016
	07	2016
	09	2016
	24	2016
	22	2016
	05	2016
	05	2016
	24	2016

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES





# Licencia Médica

## Nº 2 - 51289729

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. Nº 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

APELLIDO PATERNO: BARRIENTOS   
  APELLIDO MATERNO: FLORES   
  NOMBRES: ANTONIA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 16/11/16   
  FECHA INICIO DE REPOSO: 17/11/16  
 Nº DE DIAS: 01   
  Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 3/07/85   
  EDAD: 31   
  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: \_\_\_\_\_   
  APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_   
  NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 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

1= SI    2= NO   
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ  1= SI    2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 DIA    MES    AÑO

TRAYECTO  1= SI     2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_  
 MES    AÑO

#### 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): \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE REPOSO: \_\_\_\_\_  
 CALLE: [REDACTED]  
 Nº: [REDACTED]    DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA: [REDACTED]  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 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)

APELLIDO PATERNO: BARCA   
  APELLIDO MATERNO: MAR   
  NOMBRES: LUISA  
 RUN: [REDACTED]   
  REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 30468-7

Méico  
 ESPECIALIDAD: Méico     1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: P. Aquilino Cueva  
 CALLE: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED]

Nº: 35  
 Nº: 421/2037

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**

DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD  
 MUNICIPALIDAD DE COMPIN  
 [Signature]

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	AÑO	MES	
2016	09	2016	09	02
2016	09	2016	09	03

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES





# Licencia Médica

## Nº 1-36179546

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. 18 D.S. Nº 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

NOVOA MONOZ ADITH. ANA

APELLIDO PATERNO: NOVOA  
 APELLIDO MATERNO: MONOZ  
 NOMBRES: ADITH. ANA

FECHA EMISION LICENCIA: 15/11/16  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 17/11/16  
 N° DE DIAS: 01  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: UNO

RUN: 14066944  
 EDAD: 44  
 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 18.667)

#### 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

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

TRAYECTO: 1= SI, 2= NO

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION: MES, AÑO

#### 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):

DIRECCION DE REPOSO:

Nº DEBTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

RS CALANTE VALDE JORGE

APELLIDO PATERNO: RS CALANTE  
 APELLIDO MATERNO: VALDE  
 NOMBRES: JORGE

ESPECIALIDAD: MEDICO

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUEM, QUILLON

CALLE

COMUNA

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

1= SI

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.

COMUNA	FECHA	DIAS	COMUNA	FECHA	DIAS	COMUNA	FECHA	DIAS
QUILLON	15/11/16	01	QUILLON	15/11/16	01	QUILLON	15/11/16	01

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

Nº 1-36179544

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. Nº 311984.

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: NEIRA ULLOA APELLIDO MATERNO: MARIELA NOMBRES: [REDACTED]  
 FECHA EMISION LICENCIA: 17/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 18/11/16  
 N° DE DIAS: 01 N° DE DIAS EN PALABRAS: UNO

FECHA DE NACIMIENTO: 07/03/89 EDAD: 27 SEXO: F

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_  
 A.3. TIPO DE LICENCIA

NOMBRES: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_  
 A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 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

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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 1= SI, 2= NO  
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 1= SI, 2= NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 HORA MINUTOS: \_\_\_\_\_ TRAYECTO: 1= SI, 2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: \_\_\_\_\_ MES AÑO

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: \_\_\_\_\_  
 N°: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O PO: [REDACTED]  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

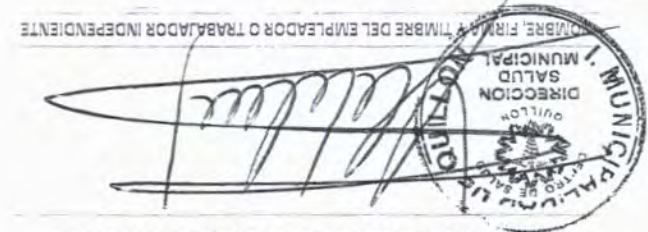
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VAGUE NOMBRES: JORGE  
 RUN: \_\_\_\_\_ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO VIZUETA  
 CALLE: WILLON  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]  
 CORREO ELECTRONICO: Jorge L. Escalante Vague  
 N°: \_\_\_\_\_  
 TEL FONIA: \_\_\_\_\_  
 MEDICO - CIRUJANO

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**



HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2016 AÑO	2016 AÑO	03
2016 AÑO	2016 AÑO	02
2016 AÑO	2016 AÑO	01

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES