



Quillón, 09 SEP 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Alejandra Sepulveda, Patricia Hernández, Héctor Besú, Ana Barrientos y Teresa Orostica.
- 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 Subroge.
- 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 al o los funcionario (s) que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
3-7304951	Alejandra Sepulveda Contreras		TENS Posta Coyanco	01	02/09/2016	02/09/2016	FONASA
1-36107487	Sandra Valderrama Valdebenito		TENS CESFAM	01	05/09/2016	05/09/2016	FONASA
1-36107482	Patricia Hernández Krauss		Médico CESFAM	01	05/09/2016	05/09/2016	CONSALUD
1-36107483	Héctor Besú Marín		Médico CESFAM	01	05/09/2016	05/09/2016	MAS VIDA
2-50622151	Ana Maria Barrientos Flores		Matrona CESFAM	02	05/09/2016	06/09/2016	FONASA
2-51285066	Teresa Orostica Osorio		TNS Dental CECOSF	05	05/09/2016	09/09/2016	FONASA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele 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



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.  
07.09.2016

**DISTRIBUCIÓN:**

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



### Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.  
 \*\*\* OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



N° 3 FOLIO: 730495-1

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SEPVLEDA APELLIDO PATERNO	CONTRERAS APELLIDO MATERNO	MARIA ALEJANDRA NOMBRES	[REDACTED] RUN	27 EDAD	F SEXO
2 - CELULAR CANAL	EMAIL	974947079 DATO			

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
01 09 16 Dia Mes Año	02 09 16 Dia Mes Año	1	UNO

#### A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un ano y post natales (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	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 Hijo Menor de 1 ano
- 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 Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO
	1=Si 2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
--	--------------------------	--------------------------------

LUGAR DE REPOSO	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio
-----------------	--

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE: N: DEPTO: COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ APELLIDO PATERNO	SALAZAR APELLIDO MATERNO	MARCELO EDUARDO NOMBRES	[REDACTED] RUN
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------

MEDICINA FAMILIAR	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	20702 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	MARCELO1545@VTR.NET CORREO ELECTRONICO
-------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---

JUAN PAULINO FLORES 609 # QUILLÓN CHILE DIRECCION	422581945 TELEFONO	FAX
--	-----------------------	-----



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los tres dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo. Debera presentar la licencia medica dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de emision y dentro del periodo de vigencia. Debera renovar la licencia medica a su empleador dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



### Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.



#### SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. Municipalidad Quilón Dpto. Talca		61.932.800.2	2207149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELEFONO			
Fco. Urzueña 159	Quilón	Quilón		6-09-2016	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CUIDAD			

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACION
<input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, 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	11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Tecnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar)
	SECCION ENFERMEDAD

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Código: CA Letra (Caja Prev.): A Nombre Int. Prev.: MODELO	<input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador independiente	Trabajador afiliado a AFC: <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida: <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dia Mes Año	01-01-2014	01-01-2014
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:		
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6 <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES		





### Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa, Art. 16 D.S. No 3/1984.



#### 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.

(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 correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Año	N de dias	imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
A			B	C	D	E	% DESAHUCIO	
	06	2016			712.225			10,77
	07	2016			446.568			
	08	2016			446.568			

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C. \$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Año	N de dias	imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
A			B	C	D	E		

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
00	21	04	2016	21	04	2016
01	31	05	2016	31	05	2016
02	13	06	2016	14	06	2016
02	23	06	2016	24	06	2016



Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia medica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente dentro de los tres dias habiles siguientes de detectado el documento.

Nombre y Firma del Empleador o Trabajador Independiente

-----COMPIN-----FONASA-----  
 Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000  
 Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl



# Licencia Médica

Nº1- 36107487

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

**VALDEANNA VALDEBENITO SANDRA**  
 APELLIDO PATERNO: VALDEANNA APELLIDO MATERNO: VALDEBENITO NOMBRES: SANDRA  
 RUN: [REDACTED]  
 M 6 F: F  
 FECHA EMISION LICENCIA: 060916 FECHA INICIO DE REPOSO: 050916 DIA: 05 MES: 09 AÑO: 16  
 FECHA DE NACIMIENTO: 231068. EDAD: 47 SEXO: F  
 Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalés. (Arts. 199 y 200 del C Del Trabajo) y Juicio de adopción plena (Ley 18.867).

### 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

HORA MINUTOS. 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

Nº DPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

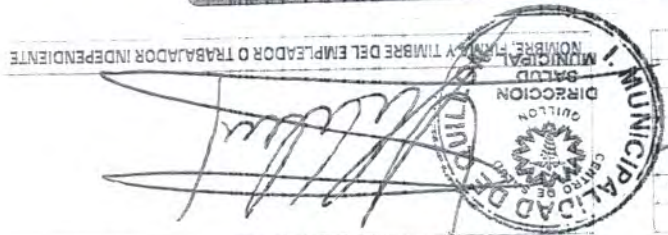
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

(Todos los campos son obligatorios)

**ESCALANTE VALVE JONER**  
 APELLIDO PATERNO: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VALVE NOMBRES: JONER  
 ESPECIALIDAD: MO  
 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA, QUILLON  
 CALLE: [REDACTED] Nº: [REDACTED] FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED]

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



INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
 TOTAL DIAS: 01  
 DESDE: 05/09/16 HASTA: 07/09/16  
 DIA: 05 MES: 09 AÑO: 16  
 DIA: 07 MES: 09 AÑO: 16

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES









# Licencia Médica

Nº1- 36107483

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 cambiario 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

**BRSU MANIN MEXON**  
 APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]  
 FECHA EMISION LICENCIA: 060916 FECHA INICIO DE REPOSO: 050916 RUN: 23068331 M 6 F H  
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO  
 Nº DE DÍAS: 01 Nº DE DÍAS EN PALABRAS: UNO

### 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: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

### 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): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]

CALLE: [REDACTED]

Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O POBLACION: [REDACTED]

COMUNA: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED]

CELULAR: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]

RECUPERABILIDAD LABORAL:  1= SI  2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ:  1= SI  2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]  
DIA MES AÑO

HORA MINUTOS: [REDACTED]

TRAYECTO:  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]  
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)

**ESCALANTE VALVE JONOR**  
 APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] ESPECIALIDAD: MB  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA, QUILLOAN  
 CALLE: [REDACTED] Nº: [REDACTED] TELEFONO: 42 2581630  
 COMUNA: [REDACTED]

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]



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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	19/04/2016	19/04/2016
01	06/06/2016	06/06/2016
05	11/07/2016	15/07/2016
01	09/08/2016	09/08/2016









# Licencia Médica

## N° 2 - 51285066

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° 93/1984.

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

**OSOSTICA OSORNO TETREJA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**050916** FECHA INICIO DE REPOSO **050916** DIA MES AÑO

**05** N° DE DIAS **CINCO** N° DE DIAS EN PALABRAS

**[REDACTED]** RUN

**151064** FECHA DE NACIMIENTO **51** 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 18.967))

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

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

#### 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

**[REDACTED]** 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 \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ DPTO \_\_\_\_\_

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

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

**[Firma]**  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**PATLADA PCLA CERUCLA VALENIA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**[REDACTED]** RUN **[REDACTED]** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

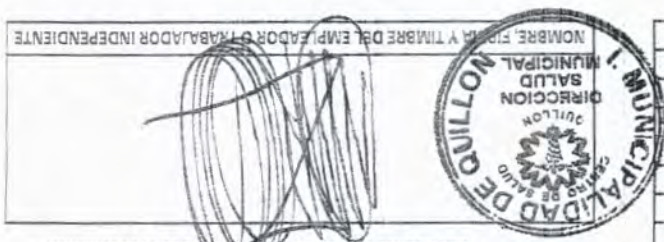
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION \_\_\_\_\_  
**PINOT** CALLE  
**Quilicura** COMUNA

**General** ESPECIALIDAD **1** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

**Dr. Valeria Parada Placencia**  
**[REDACTED]** MEDICO CIRUJANO

**622** N° **[REDACTED]** FIRMA DEL PROFESIONAL

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



HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	AÑO	MES	
2016	05	2016	05	04
2016	09	2016	09	01

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de haberse otorgado el documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)