



**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Jorge Guajardo, Alejandra Luna, Javiera Araya, Maria Casanova, Jorge Escalante, Claudia Meza y Valeria Parada.
- 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 al o los funcionario (s) que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
2-51494573	Jorge Guajardo Zurita		Paramédico CESFAM	03	14/09/2016	16/09/2016	FONASA
2-51192084	Alejandra Luna Palavecino		Nutricionista CESFAM	07	14/09/2016	20/09/2016	CRUZ BLANCA
1-36107595	Javiera Araya Sepulveda		TENS CESFAM	01	15/09/2016	15/09/2016	FONASA
2-49288836	Maria Casanova Salazar		Asistente Social CESFAM	01	15/09/2016	15/09/2016	COLMENA
1/36107735	Jorge Escalante Vaque		Médico CESFAM	16	15/09/2016	30/09/2016	FONASA
1-36107618	Claudia Meza Burgos		Asistente Social CECOSF	01	16/09/2016	16/09/2016	FONASA
1-36107499	Valeria Parada Placencia		Médico CECOSF	01	16/09/2016	16/09/2016	MAS VIDA

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.

20.09.2016

**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 2 - 51494573

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

**GUAJARDO** **ZURITA** **JONBE**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

**150916**

**140916**

**200358**

**58**

**M**

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

SEXO

**3**

**TRES DIAS**

Nº DE DIAS

Nº DE DIAS EN PALABRAS

### 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

\_\_\_\_\_  
Nº DPTO

\_\_\_\_\_  
COMUNA

\_\_\_\_\_  
TELEFONO

\_\_\_\_\_  
CELULAR

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

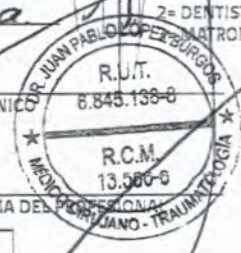
\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR

**Traumatología**

ESPECIALIDAD

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

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



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

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)

**LOPEZ** **BURGOS** **JUAN PA**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

\_\_\_\_\_  
RUN

**13566-6**  
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

**DIECIOCHO SEPTIEMBRE**  
CALLE

**355**  
Nº

**CHILLAN**  
COMUNA

**422325679**  
Nº

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES
10	06	10	06	01	00
24	06	26	06	02	00
02	07	02	07	00	00
05	07	05	07	00	00
09	07	09	07	00	00
15	07	15	07	00	00
20	07	20	07	00	00
26	07	26	07	00	00
31	07	31	07	00	00

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

# Nº 2 - 51292084

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 periodo 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 periodo 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: LOPEZ APELLIDO MATERNO: RODRIGUEZ NOMBRES: RODRIGUEZ  
 FECHA EMISION LICENCIA: 007 N° DE DIAS: 8  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 14/09/16 DIA MES AÑO  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: SEIS

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 15/01/82 EDAD: 34 SEXO: M

### 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)

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]  
 RUN: [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

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

TRAYECTO:  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]  
 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): [REDACTED]  
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: [REDACTED]  
 N°: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED]  
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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

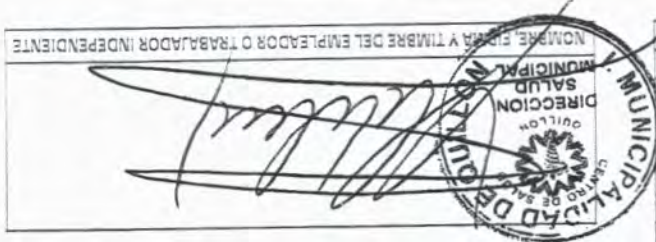
### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: LOPEZ APELLIDO MATERNO: RODRIGUEZ NOMBRES: RODRIGUEZ  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 27032-0

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:  
 CALLE: ALF. AZ. GUYARD  
 COMUNA: EL HUI

FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]  
 1= MEDICO   
 2= DENTISTA   
 3= MATRONA   
 Rut: [REDACTED]

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



TOTAL DIAS	DESEDE	HASTA
01	12/05/2016	12/05/2016

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (Información obligatoria del empleador o trabajador independiente)



# Licencia Médica

## Nº1- 36107735

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. Nº3.1964

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

ESCALANTE VAGUE JORGE

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VAGUE NOMBRES: JORGE

FECHA INICIO DE REPOSO: 15 09 16 (DIA MES AÑO)

FECHA EMISION LICENCIA: 16 09 16 (DIA MES AÑO)

RUN: 20 12 64 51 M

Nº DE DIAS: 16 Nº DE DIAS EN PALABRAS: DIECISEIS

#### 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).

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_

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

1

#### 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: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ 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

Firma del Trabajador: Jorge Vague J.

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

APELLIDO PATERNO: MENA APELLIDO MATERNO: CARRILLO NOMBRES: KRANKUN

ESPECIALIDAD: M6

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: frankmiera@gmail.com

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: LA RECAJA

CALLE: SAN

COMUNA: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE/FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	TOTAL DIAS
	2016	04	25	2016	04	25	0
	2016	05	14	2016	05	14	0
	2016	06	02	2016	06	02	0
	2016	06	16	2016	06	16	0
	2016	08	09	2016	08	09	0
	2016	08	20	2016	08	20	0
	2016	09	11	2016	09	11	0
	2016	09	16	2016	09	16	0
	2016	09	20	2016	09	20	0
	2016	09	25	2016	09	25	0

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES







# Licencia Médica

## Nº1- 36107618

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. 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

MEZA BURGOS CLAUDIA DEL CA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 170916 FECHA EMISION LICENCIA 160916 DIA MES AÑO  
 110991 FECHA DE NACIMIENTO 25 EDAD F SEXO  
 04 Nº DE DIAS UNO Nº DE DIAS EN PALABRAS

#### 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 13.857)).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
 A.3. TIPO DE LICENCIA 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

LUGAR DE REPOSO 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO  
 Nº DPTO  
 VILLA O POBLACION  
 COMUNA  
 TELEFONO CELULAR  
 CORREO ELECTRONICO

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

PARADA PLACENCIA VALENIA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE

COMUNA

FIRMA DEL PROFESIONAL

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

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.

FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE QUILÓN  
 DIRECCION DE SALUD  
 QUILÓN

TOTAL DIAS DESEDE  
 DIA MES AÑO HASTA DIA MES AÑO

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



# Licencia Médica

## Nº1- 36107499

La COMPIN, la Subcomisión de Unidades de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.18 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 periodo 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

PACORA PLACENCIA VALEZIA

APELLIDO PATERNO: PACORA      APELLIDO MATERNO: PLACENCIA      NOMBRES: VALEZIA      RUN: [REDACTED]

FECHA EMISION LICENCIA: 160916      FECHA INICIO DE REPOSO: 160916      FECHA DE NACIMIENTO: 00082      EDAD: 34      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-natales (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y Juicio de adopción plena (Ley 18.867)

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 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

LUGAR DE REPOSO: 1 1= SU DOMICILIO    2= HOSPITAL    3= OTRO DOMICILIO

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

DIRECCION DE REPOSO: \_\_\_\_\_

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 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)

PEREZ GUARTAMBEL MILTON

APELLIDO PATERNO: PEREZ      APELLIDO MATERNO: GUARTAMBEL      NOMBRES: MILTON      ESPECIALIDAD: Medico General

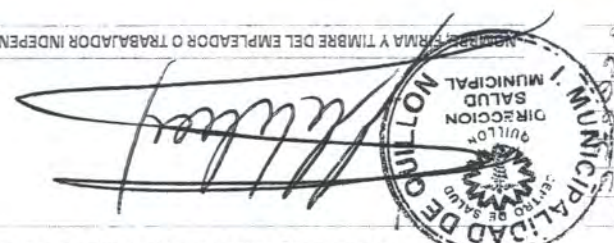
RUN: [REDACTED]      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_      CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: ARTURO PRAT      COMUNA: SAN NICOLAS

CALLE: \_\_\_\_\_      Nº: \_\_\_\_\_      FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	2016 08 31	2016 09 01
01	2016 09 01	2016 09 02
01	2016 09 02	2016 09 03
01	2016 09 03	2016 09 04
02	2016 09 04	2016 09 06
05	2016 09 06	2016 09 11
04	2016 09 11	2016 09 15



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 ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)