



Quillón, 27 NOV 2015

**VISTOS:**

- Las Licencias Médica de Dora Morales, Estephany Osses, Mariela Neira, Alfredo Cea y María Vega.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio N° 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. N° 2.294/2015.
- 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° 3.966 de fecha 10 de Diciembre de 2014, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2015 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. Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
2-48426089	Dora Morales Morales		Administrativo CEFAM	05	23/11/2015	27/11/2015	FONASA
1-35050173	Estephany Osses Díaz		Matrona CECOSF	01	20/11/2015	20/11/2015	COLMENA
1-35050083	Mariela Neira Ulloa		TENS CEFAM	01	23/11/2015	23/11/2015	FONASA
1-35050150	Alfredo Cea Villalobos		Químico Farmacéutico CEFAM	01	24/11/2015	24/11/2015	CONSALUD
1-34978442	María Vega Valenzuela		Auxiliar CEFAM	15	23/11/2015	07/12/2015	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. Tramítense 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.  
24.11.2015

**DISTRIBUCIÓN:**

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



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
ALCALDE(S)



# Licencia Médica

Nº2- 48426089

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

**MORALES MORALES DORA LUZ**  
APELLIDO PATERNO: MORALES APELLIDO MATERNO: MORALES NOMBRES: DORA LUZ  
FECHA EMISION LICENCIA: 23/11/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 23/11/15 DIA: 23 MES: 11 AÑO: 15  
Nº DE DIAS: 05 N° DE DIAS EN PALABRAS: CINCO

RUN: [REDACTED]  
FECHA DE NACIMIENTO: 28/02/77 EDAD: 38 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: 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

### 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:

[REDACTED]

DPTO:

COMUNA:

[REDACTED]

TELEFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2= 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: PARADA APELLIDO MATERNO: PLACENCIA NOMBRES: VALENIA

ESPECIALIDAD: Ginecología

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

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:

PRAT CALLE

Quilicura COMUNA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:

CORREO ELECTRÓNICO: MEDICO CIRUJANO

622 Nº

67 9581860

FIRMA DEL PROFESIONAL

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Signature and Stamp of the Employer/Professional]

HASTA	MES	DIA	AÑO	DESDE	MES	DIA	AÑO	TOTAL DIAS
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05
2015	11	10	2015	11	10	16	2015	05

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

trabajados



# Licencia Médica

Nº 1- 35050173

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: **OSES**    APELLIDO MATERNO: **DIAZ**    NOMBRES: **ESTEPHANY INES**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **201115**    FECHA INICIO DE REPOSO: **201115**  
 N° DE DIAS: **01**    N° DE DIAS EN PALABRAS: **UN DIA**

FECHA DE NACIMIENTO: **04/28/31**    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

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

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: \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ DPTO \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRABAJADOR

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: **SAN MARTIN**    APELLIDO MATERNO: **CONNOR**    NOMBRES: **ALVARO CIRUJANO DENTISTA**    ESPECIALIDAD: **2**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_    CORREO ELECTRONICO: **alvarosme@gmail.com**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **FRANCISCO UNZUETA**    N°: **1579**  
 COMUNA: **Quilicura**    FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

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

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

TOTAL DIAS	DESD E	HASTA
03	04 11 2015	11 09 2015

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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.

Trabajados.



# Licencia Médica

Nº1- 35050083

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: **NEPRA** APELLIDO MATERNO: **ULLOA** NOMBRES: **MARPELA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **23/11/15** FECHA INICIO DE REPOSO: **23/11/15**  
 Nº DE DIAS: **01** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **UNO**

FECHA DE NACIMIENTO: **07/03/09** EDAD: **26** 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**

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO: \_\_\_\_\_  
 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: **BREVIS** APELLIDO MATERNO: **CARTES** NOMBRES: **CARLA**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

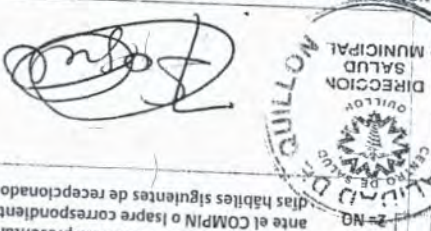
ESPECIALIDAD: **MEDICO-CURATIVO** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

*[Firma del Trabajador]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE: **FRANCISCO UNZUETA** Nº: **159**

*[Firma del Profesional]*  
FIRMA DEL PROFESIONAL

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  


HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
ANO	MES	ANO	MES	
2015	01	2015	01	01
2015	02	2015	02	02
2015	03	2015	03	03
2015	04	2015	04	04
2015	05	2015	05	05
2015	06	2015	06	06
2015	07	2015	07	07
2015	08	2015	08	08
2015	09	2015	09	09
2015	10	2015	10	10

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

efectivamente

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.



# Licencia Médica

# N°1- 35050150

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°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: **CEA**      APELLIDO MATERNO: **VILLALBA**      NOMBRES: **Alfredo**      RUN: [REDACTED]      M ó F: **F**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **25 11 15**      FECHA INICIO DE REPOSO: **24 11 15**      DIA: **24**      MES: **11**      AÑO: **15**      FECHA DE NACIMIENTO: **16 02 86**      EDAD: **29**      SEXO: **F**  
 N° DE DIAS: **01**      N° 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: [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** 1= SI 2= NO      INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** 1= SI 2= NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]      DIA: [REDACTED]      MES: [REDACTED]      AÑO: [REDACTED]  
 TRAYECTO: **1** 1= SI 2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]      MES: [REDACTED]      AÑO: [REDACTED]

### 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): [REDACTED]  
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: [REDACTED]      N°: [REDACTED]      DPTO: [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED]      TELEFONO: [REDACTED]      CELULAR: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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: **Molina**      APELLIDO MATERNO: **Díaz**      NOMBRES: **MIS MOLINA DIAZ**      ESPECIALIDAD: **6CS Químico @**      1= MEDICO      2= DENTISTA      3= MATRONA  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **31453-6**      CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LOGAR DE EMISION: **Riquelme**      CALLE: **Quilón**      N°: **135**      FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]  
 FIRMADO POR: **MIS MOLINA DIAZ**      MEDICO      ROL: [REDACTED]      ICM: 31453

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO	
04	09	2015	25	09	2015	04

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.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

Nº1-34978442

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

VEGA VALENZUELA MARIA MERC  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 241115 FECHA EMISION LICENCIA 231115 FECHA INICIO DE REPOSO  
 15 N° DE DIAS QUINCE N° DE DIAS EN PALABRAS

150178 37 F  
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO  
 RUN

### 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

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  
 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

*Maria Vega*  
 FIRMA DEL TRABAJADOR

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

MOLINA MUÑOZ CYRTA AND  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 Medicina General ESPECIALIDAD  
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

FRANCISCO UNZUETA  
 CALLE 159  
 BULNES AUILLON  
 COMUNA 09 97864005

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

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

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
	AÑO	DIAS	AÑO	DIAS	
	2012	11	2012	11	08
	2012	11	2012	10	12
	2012	11	2012	10	90
	2012	09	2012	09	82
	2012	08	2012	07	29
	2012	09	2012	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 recepcionado el documento.