



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, 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



N° 3 037533492-5

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |                        |               |              |
|--------------------|------------------------|---------------|--------------|
| VASQUEZ            | MUNOZ                  | KARINA ALEJIA | 15519591 - 5 |
| APELLIDO PATERNO   | APELLIDO MATERNO       | NOMBRES       | RUN          |
| 04032020           | 03032020               | 33            | F            |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO    | EDAD          | SEXO         |
| 42                 | CUARENTA Y DOS         |               |              |
| N° DE DÍAS         | N° DE DÍAS EN PALABRAS |               |              |

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA TRABAJADOR

#### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

|                  |                  |         |     |
|------------------|------------------|---------|-----|
|                  |                  |         |     |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
|                  |                  |         |     |
|                  |                  |         |     |
| FECHA NACIMIENTO |                  |         |     |

#### A.3 TIPO LICENCIA

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN<br>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO<br>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO | 3       |
| RECUPERABILIDAD LABORAL<br>1 = SI<br>2 = NO                                                                                                                                                                                                                        | 1       |
| INICIO TRAMITE INVALIDEZ<br>1 = SI<br>2 = NO                                                                                                                                                                                                                       | 2       |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>DIA MES AÑO                                                                                                                                                                                                          |         |
| HORA MINUTOS                                                                                                                                                                                                                                                       |         |
| TRAYECTO<br>1 = SI<br>2 = NO                                                                                                                                                                                                                                       |         |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN<br>MES AÑO                                                                                                                                                                                                                                  | 07 2019 |

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

|                                                                           |                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL                    | 1                             |
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL<br>A = MAÑANA<br>B = TARDE<br>C = NOCHE          |                               |
| LUGAR DE REPOSO<br>1 = SU DOMICILIO<br>2 = HOSPITAL<br>3 = OTRO DOMICILIO | 1                             |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)                                                 |                               |
| DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA                                          | CALLE ALBERTO VALENZUELA 0783 |
| DEPTO. 21, Puente Alto                                                    |                               |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)                                         | 09-4408619                    |

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |                                     |                           |                                           |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| BARRIOS                  | RODRIGUEZ                           | PEDRO HERNAN              | 13690756 - 5                              |
| APELLIDO PATERNO         | APELLIDO MATERNO                    | NOMBRES                   | RUN                                       |
| 25761-3                  |                                     | OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA | 1                                         |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO                  | ESPECIALIDAD              | 1 = MÉDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |
| 02-8512536/              | Av. Departamental 01455, La Florida |                           |                                           |
| TELÉFONO/FAX             | DIRECCIÓN                           |                           |                                           |

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA PROFESIONAL

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.