

Nº 2 - 58717797

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

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MI NASSIVAN CARO										ANALIT										16608889										5											
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										M & F	
110320										FECHA INICIO DE REPOSO										110320										250488										30	F
FECHA EMISION LICENCIA										DIA MES AÑO										FECHA DE NACIMIENTO										EDAD										SEXO	
42										CUPRENTA Y DOS																															
N° DE DIAS										N° 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										RUT									

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO								
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						DIA	MES	AÑO	
DIA	MES	AÑO									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>HORA</td> <td colspan="3">MINUTOS</td> </tr> </table>						HORA	MINUTOS			TRAYECTO	
HORA	MINUTOS										
		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO									
FECHA DE LA CONCEPCION		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>MES</td> <td colspan="3">AÑO</td> </tr> </table>						MES	AÑO		
MES	AÑO										

A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA ☐ A= MAÑANA
REPOSO PARCIAL ☐ B= TARDE
C= NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCION DE REPOSO

NEVERIA

CALLE

4890

102

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

LAS CONDES

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

[illegible]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

PANES CHILE SPA
RUT: 76.458.432-8

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

[illegible]

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

EMPRESA TANES CHILE SPA

RUT 76453432-0 **TELEFONO** 222845269 **FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR** 11/03/20

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR AVDA SAN JOSEMARIA ESCUÑA DE BARRAGUE 1305 9613

COMUNA LO BARNECHEA **CIUDAD** SANTIAGO **CODIGO COMUNAL USO COMPIN** 13

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACION
0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, 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 10= CONTRATO PLAZO FIJO	11= EJECUTIVO DIRECTIVO 12= PROFESOR 13= OTRO PROFESIONAL 14= TECNICO 15= VENDEDOR 16= ADMINISTRATIVO 17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19= OTRO (ESPECIFICAR)

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

REGIMEN PREVISIONAL
☒ 1= D.L. 3501 IPS
☐ 2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO 34 **LETRA (CAJA PREV.)** Modelo
NOMBRE INT. PREV. Modelo

CALIDAD DEL TRABAJADOR
☒ 1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834
☐ 2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834
☐ 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
☐ 4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF 01/08/15

SEGURO DE DESEMPLEO
☐ - Trabajador Afiliado a AFC 1 1= SI 2= NO
☐ - Contrato de duracion indefinida 1 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01/10/12 **FECHA CONTRATO DE TRABAJO** 01/08/15

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7
☒ A= COMPIN
☐ B= ISAPRE
☐ C= C.C.A.F
☐ D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6
☐ E= COMPIN
☐ F= MUTUAL
☐ G= ISL
☐ H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO ISAPRE COLHENA GOLDEN C.

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBE REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
 LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPADOS EN VIRTUD DEL DFL 1-3063/80 ADEMAS DEBE 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 CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 90 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
34	02	20	30		2202.186		
34	01	20	30		2222.728		
34	12	19	30		2242.144		

% DESAHUCIO
 ,

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$

(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 CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
34	07	2019	30		2213.911		
34	06	2019	30		2209.941		
34	05	2019	30		2188.794		

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente

CONTINUA

CONTINUA