



Licencia Médica

Nº 2 - 60212421

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 DS. 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 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

CAZO	JARONA	MAGDALENA	
APPELLIDO PATERO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	
310820	FECHA INICIO DE REPOSO	310820	
FECHA EMISION LICENCIA	DIA	MES	AÑO
42	CUARENTA MIL DÍAS		
NR DE DIAS	NR DE DIAS EN PALABRAS		

16610675 - B  
RUN  
200788 EDAD  
FECHA DE NACIMIENTO M F  
32 SEXO

**A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO** Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.

**ARTÍCULOS CREADOS DÉ 1990** para su uso en la creación de páginas web y sus contenidos.

Since 1993, the U.S. has been a member of the World Bank's International Finance Corporation.

**FECHA DE NACIMIENTO**

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

<p><b>3</b></p> <p>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</p>	<p>RECUPERABILIDAD LABORAL      <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI  <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>HORA    MINUTOS</p>	<p>INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ</p> <p>DIA    MES    AÑO</p> <p>TRAYECTO</p> <p>1 = SI    <input type="checkbox"/>      2 = NO    <input type="checkbox"/></p>
<p>0120</p> <p>MES    AÑO</p>		

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL		A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE
		SOLO PARA REPOSO PARCIAL	
		1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1= SU DOMICILIO    2= HOSPITAL    3= OTRO DOMICILIO			
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____			
DIRECCION DE REPOSO <b>JUAN PABLO SEGUNDO</b>			
CALLE <b>7897</b>			
Nº	<b>CASA 62</b>	DPTO	
VILLA O POBLACION <b>LO PASEO CIEZA</b>			
COMUNA <b>LIMA</b>			
TELEFONO		<b>9 92896299</b>	
CELULAR <b>1111111111</b>			
CORREO ELECTRONICO <b>luislopezlopez@outlook.com</b>			

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

**PIRMA DNEI TRABAJADOB**

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

<b>SEBASTIÁN</b>	<b>LOCCA</b>	<b>Hernán</b>	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
6331843	- 4	9861	- 2
PAN		DESKRITO CON EDCIO PROFESIONAL	

5. in eco - obst

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

DIRECCIÓN / COMARCA DEL LUGAR DE RESIDENCIA  
Calle 40 FONRECILLA

**DR. MANUEL SEDANO L.**  
CORREO ELECTRÓNICO  
**Ginecología y Obstetricia**

LAS CONDES  
COMUNA

**Rut : 6.331.844**  
**ICM : 9861-2**  
FIRMA DEL PROFESIONAL

NA  
NO ABIBI USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIEMPO DE EMPLEO DOR O TRABAJO DOR INDISPENSABLE  
**PANES CHILE SPA**  
DNI: 76.453.432-8

**CÁ. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

Até 33 - El empleado tiene experiencia en el manejo de los sistemas de información y las habilidades específicas de ejecución de los documentos.

1- SI       2- NO

Até 33 - El empleado tiene experiencia en el manejo de los sistemas de información y las habilidades específicas de ejecución de los documentos.

1- SI       2- NO

## SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

PANES CITIZLE SPA

76413432 - 8  
RUT22 2475269  
TELEFONO

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

01 09 20  
DIA MES AÑODIRECCION DONDE CUMPLE  
FUNCIONES EL TRABAJADOR

SAN JOSE DA RIA ESTRELLA DE BARAJUELO 13105 01 613

20 BAN ECHEA  
COMUNASANTIAGO  
CIUDAD

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

## ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 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

## OCCUPACION

- 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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL	
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 IPS	<input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.
CODIGO <input checked="" type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. Gmo del P	

CALIDAD DEL TRABAJADOR	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO	<input type="checkbox"/> 4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SEGURO DE DESEMPLEO	
- Trabajador Afiliado a AFC	<input checked="" type="checkbox"/> 1= SI <input type="checkbox"/> 2= NO
- Contrato de duración indefinida	<input checked="" type="checkbox"/> 1= SI <input type="checkbox"/> 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL

17 12 12  
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

01 08 15  
DIA MES AÑO

## ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7			
<input checked="" type="checkbox"/> B	A= COMPIN	E= COMPIN	
	B= ISAPRE	F= MUTUAL	
	C= C.C.A.F	G= ISL	
	D= EMPLEADOR	H= EMPLEADOR	

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO COLMENA GOLDEN CROSS

## 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 COBRAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRABAJADORES EN VIRTUD DEL DFL 1-3063/80 ALMISMOS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNAS II.

## (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 Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)			
	MES	AÑO	Nº DE DIAS			Monto	Nº de Dias	
	A		B		C	D	E	
	7	2020	30		2.299.123			
	6	2020	30		2.301.453			
	5	2020	30		2.303.043			

## (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 Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		La informacion 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 corresponden a los dias efectivamente trabajados
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)			
	MES	AÑO	Nº DE DIAS			Monto	Nº de Dias	
	A		B		C	D	E	
	07	2020	30		2.272.720			
	12	2019	30		2.212.147			
	21	2019	30		2.235.709			

