



## Licencia Médica

Nº 2 - 60212430

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. 10 D.L. Nº 31/1984.

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       | JAROBÁ | Apellidos              | MAEDALENA        | RUN                 | 16610675-8 |
| Fecha Emisión Licencia | 1020   | Fecha Inicio de Reposo | 061020           | Fecha de Nacimiento | 200788     |
| Nº de Días             | 84     | Nº de Días en Palabras | OCHENTA Y CUATRO | Edad                | 32         |
|                        |        |                        |                  | Sexo                | F          |

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natus. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y juicio de adopción plena Ley 18.867)

|                  |       |           |         |                     |            |
|------------------|-------|-----------|---------|---------------------|------------|
| Apellido Paterno | PÉREZ | Apellidos | DOMINGA | Fecha de Nacimiento | 061020     |
|                  |       |           |         |                     | 27330915-0 |

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN<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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO | 3              |
| RECUPERABILIDAD LABORAL                                                                                                                                                                                                                                     | 1= SI<br>2= NO |
| INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ                                                                                                                                                                                                                                 | 1= SI<br>2= NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO                                                                                                                                                                                                              |                |
| HORA MINUTOS                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| TRAYECTO                                                                                                                                                                                                                                                    | 1= SI<br>2= NO |
| FECHA DE LA CONCEPCION                                                                                                                                                                                                                                      |                |

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

|                                                      |                                               |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1= REPOSO LABORAL TOTAL<br>2= REPOSO LABORAL PARCIAL | 1                                             |
| SOLO PARA REPOSO PARCIAL                             |                                               |
| A= MARIANA<br>B= TARDE<br>C= NOCHE                   |                                               |
| LUGAR DE REPOSO                                      | 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)                            |                                               |
| DIRECCION DE REPOSO                                  | JUAN PABLO II                                 |
| CALLE                                                | 7897                                          |
| Nº                                                   | CASA 627                                      |
| DPTO                                                 |                                               |
| VILLA O POBLACION                                    | LO PARQUECHA                                  |
| COMUNA                                               |                                               |
| TELEFONO                                             | 992896289                                     |
| 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

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

|                                         |               |                              |        |              |               |
|-----------------------------------------|---------------|------------------------------|--------|--------------|---------------|
| Apellido Paterno                        | SEDANO        | Apellidos                    | MANUEL | Especialidad | 5ineco - dost |
| RUN                                     | 6331843-4     | Registro Colegio Profesional | 9861-2 |              |               |
| DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION | LO FONTECILLA |                              |        |              |               |
| CALLE                                   | LAS CONDES    |                              |        |              |               |
| COMUNA                                  |               |                              |        |              |               |

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

|                                                                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE | PANES CHILE SPA |
| Rut: 76.453.432-8                                               |                 |

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

|            |       |       |
|------------|-------|-------|
| TOTAL DIAS | DESDE | HASTA |
|            |       |       |

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



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

**PANES KITCHEN SPA**

RUT: **76433432-8** TELEFONO: **22 2475269** FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: **15/10/20**

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: **SAN JOSE MARIA ESCUELA DE BACHILLER IBIDS 6/13**

**10 BARNECHEA** **SANTIAGO**

CODIGO COMUNAL USO COMPIN

| ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OCCUPACION                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0= AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA<br>1= MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS<br>2= INDUSTRIAS MANUFACTURERAS<br>3= CONSTRUCCION<br><input checked="" type="checkbox"/> 4= ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA<br>5= COMERCIO<br>6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES<br>7= FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS<br>8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES<br>9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA<br>10= CONTRATO PLAZO FIJO | 11= EJECUTIVO DIRECTIVO<br>12= PROFESOR<br>13= OTRO PROFESIONAL<br>14= TECNICO<br><input checked="" type="checkbox"/> 15= VENDEDOR<br>16= ADMINISTRATIVO<br>17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL<br>18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR<br>19= OTRO (ESPECIFICAR) |

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

| REGIMEN PREVISIONAL                                                                                                            | CLASIDAD DEL TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                            | FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1= D.L. 3501 IPS<br>2= D.L. 3500 A.F.P.<br>CODIGO: <b>34</b> LETRA: <b>(CAJA PREV.)</b><br>NOMBRE: <b>Modelo</b><br>INT. PREV. | 1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834<br>2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834<br><input checked="" type="checkbox"/> 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO<br>4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1= SI<br>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 1-2-3-4-6-7<br><input checked="" type="checkbox"/> A= COMPIN<br>B= ISAPRE<br>C= C.C.A.F.<br>D= EMPLEADOR | SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-8<br><input type="checkbox"/> E= COMPIN<br>F= MUTUAL<br>G= ISL<br>H= EMPLEADOR |

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **COLMENA GOLDEN GROSS**

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 COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRANSFERIDOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-300/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

| CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL | MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES |      |            | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN 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 |
|                                |                                             |      |            |                                                                                                                              |                                                                       |                                  |            |
|                                | 7                                           | 2020 | 30         |                                                                                                                              | 2249.174                                                              |                                  |            |
|                                | 6                                           | 2020 | 30         |                                                                                                                              | 2301.453                                                              |                                  |            |
|                                | 5                                           | 2020 | 30         |                                                                                                                              | 2303.456                                                              |                                  |            |

(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 CORRESPONDAN 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 |
|                                |                                             |      |            |                                                                                                                              |                                                                       |                                  |            |
|                                | 01                                          | 2020 | 30         |                                                                                                                              | 2242.218                                                              |                                  |            |
|                                | 12                                          | 2019 | 30         |                                                                                                                              | 2242.184                                                              |                                  |            |
|                                | 11                                          | 2019 | 30         |                                                                                                                              | 2236.209                                                              |                                  |            |
|                                | 10                                          | 2019 | 30         |                                                                                                                              | 2222.216                                                              |                                  |            |

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

**% DESAHUCIO**

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

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 trabajados.

CONTINUA

CONTINUA