



DECRETO ALCALDICIO N° 2443/

Quillón, 17 AGO 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Carlos Sánchez, Mariela Neira, Lidia Pérez, María Casanova y Marilyn Escobar.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subroge.
- 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° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio N° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 17 de fecha 30 de Noviembre de 2016, del tribunal electoral Región del Bio-Bio, 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. Acéptese licencias médicas de los funcionarios que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
1-37191119	Carlos Sánchez Escobar		Médico CESFAM	01	09/08/2017	09/08/2017	BANMEDICA
1-36347535	Mariela Neira Ulloa		TENS CESFAM	01	10/08/2017	10/08/2017	FONASA
3-17176989	Lidia Pérez Pérez		Paramédico CESFAM	14	12/08/2017	25/08/2017	NUEVA MAS VIDA
2-54479200	María Casanova Salazar		Asistente Social CESFAM	01	14/08/2017	14/08/2017	CONSALUD
1-35799446	Marilyn Escobar Rebolledo		Kinesióloga CESFAM	03	16/08/2017	18/08/2017	CRUZ BLANCA

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. Tramítese 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.
16/08.2017

DISTRIBUCIÓN:

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



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



Licencia Médica

Nº 1 - 37191119

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

BANCHEZ ESCOBAR CARLOS
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
09 08 17 **09 08 17**
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO
01 **UNO**
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

30 09 83 **33** **M**
 RUN EDAD SEXO
30 09 83
 FECHA DE NACIMIENTO

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
 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
 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

 CALLE

 Nº DPTO

 VII LA O POBLACION

 COMUNA

 TELEFONO

 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)

MOLINA MUÑOZ CYRTA AND
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

 RUN
34813-9
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
FRANCISCO UNZUETA
 CALLE
QUILLON
 COMUNA

 FIRMA DEL TRABAJADOR

 ESPECIALIDAD

1
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

DR. CYRTA MOLINA M.
 CORREO ELECTRONICO

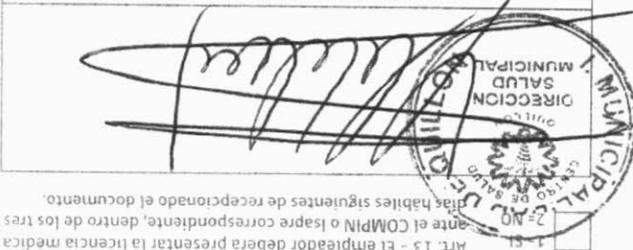
 FIRMA DEL PROFESIONAL

159
 Nº

09 97864005
 TEL FONIA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 1 - 36347535

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 periodo 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 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

APELLIDO PATERNO: **MEJIA** APELLIDO MATERNO: **ULLOA** NOMBRES: **NANCY**
 FECHA EMISION LICENCIA: **17/08/17** FECHA INICIO DE REPOSO: **17/08/17** RUN: **07038928** SEXO: **F**
 Nº DE DIAS: **01** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **UNO**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____
 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

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

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: _____
CALLE: _____
Nº: _____ DPTO: _____

VILLA O POBLACION: _____
CALLE: _____

TELEFONO: _____
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

X FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **MOLINA DIAZ** APELLIDO MATERNO: **LUIS EDUARDO** NOMBRES: _____
 RUN: _____ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **31453-6** ESPECIALIDAD: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **FRANCISCO URUEN** Nº: **135** CORREO ELECTRONICO: **gosarlet@frutec**
 CALLE: _____ FI: _____
 COMUNA: **Quilicura** Nº: **42 2521630**

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

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE CHILE		DIRECCION DE LICENCIAS MEDICAS		MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CHILE	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	ANO	MES
2017	03	03	2017	03	03	2017	03
2017	04	10	2017	05	09	2017	06
2017	05	29	2017	06	09	2017	07
2017	06	09	2017	07	30	2017	08
2017	07	30	2017	08	31	2017	09
2017	08	31	2017	09	30	2017	10
2017	09	30	2017	10	31	2017	11
2017	10	31	2017	11	30	2017	12
2017	11	30	2017	12	31	2017	01
2017	12	31	2017	01	31	2017	02
2017	01	31	2017	02	28	2017	03
2017	02	28	2017	03	27	2017	04
2017	03	27	2017	04	26	2017	05
2017	04	26	2017	05	25	2017	06
2017	05	25	2017	06	24	2017	07
2017	06	24	2017	07	23	2017	08
2017	07	23	2017	08	22	2017	09
2017	08	22	2017	09	21	2017	10
2017	09	21	2017	10	20	2017	11
2017	10	20	2017	11	19	2017	12
2017	11	19	2017	12	18	2017	01
2017	12	18	2017	01	17	2017	02
2017	01	17	2017	02	16	2017	03
2017	02	16	2017	03	15	2017	04
2017	03	15	2017	04	14	2017	05
2017	04	14	2017	05	13	2017	06
2017	05	13	2017	06	12	2017	07
2017	06	12	2017	07	11	2017	08
2017	07	11	2017	08	10	2017	09
2017	08	10	2017	09	09	2017	10
2017	09	09	2017	10	08	2017	11
2017	10	08	2017	11	07	2017	12
2017	11	07	2017	12	06	2017	01
2017	12	06	2017	01	05	2017	02
2017	01	05	2017	02	04	2017	03
2017	02	04	2017	03	03	2017	04
2017	03	03	2017	04	02	2017	05
2017	04	02	2017	05	01	2017	06
2017	05	01	2017	06	00	2017	07
2017	06	00	2017	07	31	2017	08
2017	07	31	2017	08	30	2017	09
2017	08	30	2017	09	29	2017	10
2017	09	29	2017	10	28	2017	11
2017	10	28	2017	11	27	2017	12
2017	11	27	2017	12	26	2017	01
2017	12	26	2017	01	25	2017	02
2017	01	25	2017	02	24	2017	03
2017	02	24	2017	03	23	2017	04
2017	03	23	2017	04	22	2017	05
2017	04	22	2017	05	21	2017	06
2017	05	21	2017	06	20	2017	07
2017	06	20	2017	07	19	2017	08
2017	07	19	2017	08	18	2017	09
2017	08	18	2017	09	17	2017	10
2017	09	17	2017	10	16	2017	11
2017	10	16	2017	11	15	2017	12
2017	11	15	2017	12	14	2017	01
2017	12	14	2017	01	13	2017	02
2017	01	13	2017	02	12	2017	03
2017	02	12	2017	03	11	2017	04
2017	03	11	2017	04	10	2017	05
2017	04	10	2017	05	09	2017	06
2017	05	09	2017	06	08	2017	07
2017	06	08	2017	07	07	2017	08
2017	07	07	2017	08	06	2017	09
2017	08	06	2017	09	05	2017	10
2017	09	05	2017	10	04	2017	11
2017	10	04	2017	11	03	2017	12
2017	11	03	2017	12	02	2017	01
2017	12	02	2017	01	01	2017	02
2017	01	01	2017	02	00	2017	03
2017	02	00	2017	03	31	2017	04
2017	03	31	2017	04	30	2017	05
2017	04	30	2017	05	29	2017	06
2017	05	29	2017	06	28	2017	07
2017	06	28	2017	07	27	2017	08
2017	07	27	2017	08	26	2017	09
2017	08	26	2017	09	25	2017	10
2017	09	25	2017	10	24	2017	11
2017	10	24	2017	11	23	2017	12
2017	11	23	2017	12	22	2017	01
2017	12	22	2017	01	21	2017	02
2017	01	21	2017	02	20	2017	03
2017	02	20	2017	03	19	2017	04
2017	03	19	2017	04	18	2017	05
2017	04	18	2017	05	17	2017	06
2017	05	17	2017	06	16	2017	07
2017	06	16	2017	07	15	2017	08
2017	07	15	2017	08	14	2017	09
2017	08	14	2017	09	13	2017	10
2017	09	13	2017	10	12	2017	11
2017	10	12	2017	11	11	2017	12
2017	11	11	2017	12	10	2017	01
2017	12	10	2017	01	09	2017	02
2017	01	09	2017	02	08	2017	03
2017	02	08	2017	03	07	2017	04
2017	03	07	2017	04	06	2017	05
2017	04	06	2017	05	05	2017	06
2017	05	05	2017	06	04	2017	07
2017	06	04	2017	07	03	2017	08
2017	07	03	2017	08	02	2017	09
2017	08	02	2017	09	01	2017	10
2017	09	01	2017	10	00	2017	11
2017	10	00	2017	11	31	2017	12
2017	11	31	2017	12	30	2017	01
2017	12	30	2017	01	29	2017	02
2017	01	29	2017	02	28	2017	03
2017	02	28	2017	03	27	2017	04
2017	03	27	2017	04	26	2017	05
2017	04	26	2017	05	25	2017	06
2017	05	25	2017	06	24	2017	07
2017	06	24	2017	07	23	2017	08
2017	07	23	2017	08	22	2017	09
2017	08	22	2017	09	21	2017	10
2017	09	21	2017	10	20	2017	11
2017	10	20	2017	11	19	2017	12
2017	11	19	2017	12	18	2017	01
2017	12	18	2017	01	17	2017	02
2017	01	17	2017	02	16	2017	03
2017	02	16	2017	03	15	2017	04
2017	03	15	2017	04	14	2017	05
2017	04	14	2017	05	13	2017	06
2017	05	13	2017	06	12	2017	07
2017	06	12	2017	07	11	2017	08
2017	07	11	2017	08	10	2017	09
2017	08	10	2017	09	09	2017	10
2017	09	09	2017	10	08	2017	11
2017	10	08	2017	11	07	2017	



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 017176989-2

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	05	2017			1.067.535		
	06	2017			1.584.842		
	07	2017			1.067.535		

% DESAHUCIO

1	1	.	4	4
---	---	---	---	---

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 UF) para trabajador afiliado a AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN 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° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS

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.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
02	02	03	2017	03	03	2017
05	13	05	2017	17	05	2017
01	31	05	2017	31	05	2017
04	09	06	2017	12	06	2017
30	13	06	2017	12	07	2017
30	13	07	2017	11	08	2017

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Licencia Médica

Nº1- 35799446

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 periodo 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 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

APELLIDO PATERNO: ESCOBAR REBOLLEDO
 APELLIDO MATERNO: MANILYN
 NOMBRES: [REDACTED]
 FECHA EMISION LICENCIA: 160817
 FECHA INICIO DE REPOSO: 160817
 DIA: 16 MES: 08 AÑO: 17
 Nº DE DIAS: 03
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: TRES DIAS

FECHA DE NACIMIENTO: 120981
 EDAD: 35
 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: [REDACTED]
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [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= SI, 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1= SI, 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED]
 HORA MINUTOS: [REDACTED]
 TRAYECTO: 1= SI, 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL: [REDACTED]
 A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

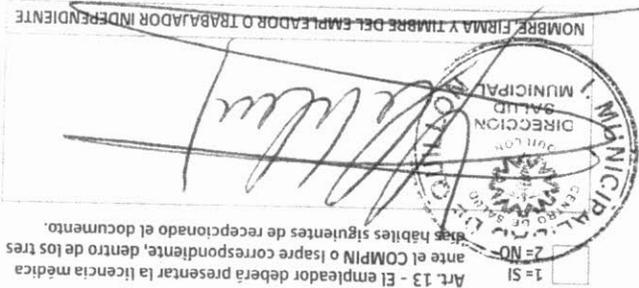
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: SAN MARTIN
 APELLIDO MATERNO: CONNOR
 NOMBRES: ALVARO CARRASCO
 ESPECIALIDAD: 2= DENTISTA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: alvarosmc@gmail.com
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA
 CALLE: [REDACTED]
 Nº: 159

FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE


TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA	DIA
	MES	MES
	AÑO	AÑO
	MES	MES
	DIA	DIA
	AÑO	AÑO

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 recepción del documento.