

DE: N° 189  
15/01/13  
RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO N° 0405

Litueche, 07 MAR 2013

**VISTOS:**

El D.F.L. N° 1-3.063/1980 del Ministerio del Interior sobre traspaso de los establecimientos educacionales; Lo señalado en el artículo 195 del Código del Trabajo, sobre permiso pagado por nacimiento de un hijo; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación y sus posteriores modificaciones"; La ley 19.464/1996 que establece normas para el personal no docente de establecimientos educacionales y sus modificaciones; El DECRETO 3 de 1984, que aprueba reglamento de autorización de Licencias Médicas por las Compin e Instituciones de Salud Previsional, modificado mediante el decreto 168 del 2006; La ley N° 16.744, Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales; La Ley N° 19.345 que dispone de la ley 16.744 a trabajadores del sector publico; el artículo 12 de la Ley N° 18.196, sobre reajustabilidad del subsidio por incapacidad laboral fuera del plazo legal; Decreto Alcaldicio N°. 2.621, de fecha 06 de Diciembre del 2012, que asume Alcalde; y, lo dispuesto en la Ley N°. 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones posteriores.

**CONSIDERANDO:**

- Las Licencias médicas presentadas por los funcionarios municipales dependientes del departamento de educación, autorizadas y adjuntas.

**DECRETO:**

- 1.- **CONCEDESE**, el uso de las Licencias médicas de los siguientes funcionarios municipales del departamento de educación, que se individualiza a continuación.

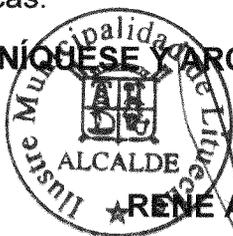
| Nombre Funcionario       | C. Identidad | Cargo          | N° Licencia | Total Días | Desde    | Hasta    |
|--------------------------|--------------|----------------|-------------|------------|----------|----------|
| Ivonne Gómez Fajardo     | 12.224.025-8 | Administrativo | 39933256    | 15         | 03/03/13 | 17/03/13 |
| Andrea Osorio Navarro    | 13.344.168-9 | A. Educación   | 39933261    | 15         | 01/03/13 | 15/03/13 |
| Paola Galaz Arenas       | 15.770.393-5 | Docente        | 40297564    | 30         | 27/02/13 | 28/03/13 |
| María E. González Castro | 14.338.161-7 | A. Educación   | 39881986    | 01         | 01/03/13 | 01/03/13 |
| Karina González Cerda    | 15.720.422-k | A. Educación   | 40005116    | 07         | 05/03/13 | 11/03/13 |
| Luis Castro Urrutia      | 05.565.608-8 | A. Educación   | 31279617    | 14         | 04/03/13 | 17/03/13 |
| Javier Figueroa M.       | 09.535.360-6 | Docente        | 39881985    | 01         | 01/03/13 | 01/03/13 |
| Javier Figueroa M.       | 09.535.360-6 | Docente        | 39887276    | 15         | 04/03/13 | 18/03/13 |

- 2.- **ENTREGASE**, copia del presente decreto Alcaldicio a la habilitada de Educación para su devengamiento y la oportuna recepción de los montos correspondientes a licencias médicas.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



MARIA S. OLMEDO PIZARRO  
Secretaria Municipal



★ RENE ACUNA ECHEVERRIA  
Alcalde

RAE/MOP/JFM/sfm  
DISTRIBUCION  
• Archivo DAEM  
• Archivo Municipal







GOBIERNO DE CHILE

# Licencia Médica

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.

MINISTERIO DE SALUD

## N° 1 - 31279617

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                        |  |  |  |                        |  |  |  |         |  |  |  |         |  |  |  |   |
|------------------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|---------|--|--|--|---------|--|--|--|---|
| CARMONA                |  |  |  | CARMONA                |  |  |  | WILSON  |  |  |  | 5565008 |  |  |  | 8 |
| APELIDO PATERNO        |  |  |  | APELIDO MATERNO        |  |  |  | NOMBRES |  |  |  | RUN     |  |  |  |   |
| 04 03 13               |  |  |  | 04 03 13               |  |  |  | 67      |  |  |  | M       |  |  |  |   |
| FECHA EMISION LICENCIA |  |  |  | FECHA INICIO DE REPOSO |  |  |  | EDAD    |  |  |  | SEXO    |  |  |  |   |
| 14                     |  |  |  | CARMONA                |  |  |  |         |  |  |  |         |  |  |  |   |
| N° DE DIAS             |  |  |  | N° DE DIAS EN PALABRAS |  |  |  |         |  |  |  |         |  |  |  |   |

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| APELIDO PATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELIDO MATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DE NACIMIENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RUN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL  
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO 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. 1

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA, MES, AÑO. TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO.

HORA, MINUTOS

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. 1

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): P. J. L. CARMONA

DIRECCION: CALLE: N°: DEPTO: COMUNA: BPS, URB. LINDA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                              |  |  |  |                    |  |  |  |         |  |  |  |                  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|---------|--|--|--|------------------|--|--|--|
| LEON                         |  |  |  | CARMONA            |  |  |  | FELIPE  |  |  |  | 3370000          |  |  |  |
| APELIDO PATERNO              |  |  |  | APELIDO MATERNO    |  |  |  | NOMBRES |  |  |  | RUN              |  |  |  |
| 15 12 51 8                   |  |  |  | 2790000            |  |  |  | 3370000 |  |  |  | 1088. URB. LINDA |  |  |  |
| REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL |  |  |  | CORREO ELECTRONICO |  |  |  |         |  |  |  |                  |  |  |  |

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Signature]*

ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA. 1

Dr. FELIPE LEÓN CARMONA  
 Médico Cirujano  
 15.524.5744

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

LEON DONOSO DIAZ

|            |     |       |     |       |     |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| TOTAL DIAS |     | DESDE |     | HASTA |     |
| ANO        | MES | ANO   | MES | ANO   | MES |
|            |     |       |     |       |     |

1 = SI, 2 = NO

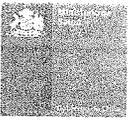
1

1 = SI, 2 = NO

2

Presentar esta licencia en el momento de la inscripción o en el momento de la inscripción de los días de inicio del reposo.  
 Presentar esta licencia en el momento de la inscripción o en el momento de la inscripción de los días de inicio del reposo.  
 Presentar esta licencia en el momento de la inscripción o en el momento de la inscripción de los días de inicio del reposo.  
 Presentar esta licencia en el momento de la inscripción o en el momento de la inscripción de los días de inicio del reposo.





# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, 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. N° 3/1984.

## N° 2 - 39881986

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **CONDORCETA**      APELLIDO MATERNO: **CASANOVA**      NOMBRES: **MARIA FLORES**      RUN: **14338161-7**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **28/02/13**      FECHA INICIO DE REPOSO: **01/03/13**      EDAD: **36**      SEXO: **F**  
 N° DE DIAS: **07**      N° DE DIAS EN PALABRAS: **UNO**

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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: \_\_\_\_\_  
 RUN: \_\_\_\_\_

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL  
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO 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: \_\_\_\_\_  
 TRAYECTO:  1 = SI     2 = NO

HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_  
 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 : CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA: **OBISPO EDUARDO A. MORALES 727 LIMA**  
 TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ): **61205427**

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **CASANOVA**      APELLIDO MATERNO: **RODRIGUEZ**      NOMBRES: **REYNALDO**  
 RUN: **8316944-3**      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_      ESPECIALIDAD:  1 = MEDICO     2 = DENTISTA     3 = MATRONA

FIRMA DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_      FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: **rcasano@remedioscastillo.com**      FAX: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: **928160**      DIRECCION: **C/ Ojala 433**      FIRMA DEL PROFESIONAL: **Medico Reynaldo Casano R.**

## NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
**REYNALDO DOMOSO DIAZ**

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

TRABAJADOR DEPENDIENTE: 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 tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
 TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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° 2 - 40297564

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |  |  |  |                  |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                 |  |  |  |   |
|------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|---|
| E A G A Z        |  |  |  | A B E N A S      |  |  |  | P A O L O |  |  |  | A L E S A N R A |  |  |  | 1 5 7 7 0 3 9 3 |  |  |  | 5 |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  | NOMBRES   |  |  |  | RUN             |  |  |  |                 |  |  |  |   |

|                        |   |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| 2                      | 7 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| FECHA EMISION LICENCIA |   |   |   |   |   |

|                        |   |     |   |     |   |
|------------------------|---|-----|---|-----|---|
| FECHA INICIO DE REPOSO |   |     |   |     |   |
| 2                      | 7 | 0   | 2 | 1   | 3 |
| DIA                    |   | MES |   | AÑO |   |

|      |   |
|------|---|
| 2    | 8 |
| EDAD |   |
| M    | F |
| SEXO |   |

|            |   |
|------------|---|
| 3          | 0 |
| N° DE DIAS |   |

|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9 D O I N T A 9 I A S  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° DE DIAS EN PALABRAS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RUN                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN         |
| <input type="checkbox"/>            | 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA         |
| <input type="checkbox"/>            | 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL   |
| <input type="checkbox"/>            | 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO |
| <input type="checkbox"/>            | 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO |
| <input type="checkbox"/>            | 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL               |
| <input type="checkbox"/>            | 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO               |

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1 = REPOSO LABORAL TOTAL   |
| <input type="checkbox"/>            | 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL |
| <input type="checkbox"/>            | SOLO PARA REPOSO PARCIAL   |
| <input type="checkbox"/>            | A = MAÑANA                 |
| <input type="checkbox"/>            | B = TARDE                  |
| <input type="checkbox"/>            | C = NOCHE                  |

|  |   |   |   |                                 |                                 |  |  |  |  |  |     |     |     |     |  |     |  |
|--|---|---|---|---------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|-----|--|-----|--|
| RECUPERABILIDAD LABORAL                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI  | <input type="checkbox"/> 2 = NO   | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ   | <input type="checkbox"/> 1 = SI | <input type="checkbox"/> 2 = NO |  |  |  |  |  |     |     |     |     |  |     |  |
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DIA</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table> |   |   |                                 |                                 |  |  |  |  |  |     | DIA |     | MES |  | AÑO |  |
|  |   |   |   |                                 |                                 |  |  |  |  |  |     |     |     |     |  |     |  |
| DIA  |   | MES   |   | AÑO                             |                                 |  |  |  |  |  |     |     |     |     |  |     |  |
| HORA   | MINUTOS   | TRAYECTO  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br><input type="checkbox"/> 2 = NO |                                 |                                 |  |  |  |  |  |     |     |     |     |  |     |  |
| FECHA DE LA CONCEPCION                         |   | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="3">AÑO</td> </tr> </table> |   |                                 |                                 |  |  |  |  |  | MES |     | AÑO |     |  |     |  |
|  |   |   |   |                                 |                                 |  |  |  |  |  |     |     |     |     |  |     |  |
| MES  |   | AÑO   |   |                                 |                                 |  |  |  |  |  |     |     |     |     |  |     |  |

|  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
| LUGAR DE REPOSO  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO | <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL | <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO ( 3 )                                    |  |                                       |   |
| DIRECCION : CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA <u>JUAN ABAJO + 1594</u> |  |                                       |   |
| <u>V. LA LOS NAVIGANTE PICHILEMU.</u>                          |  |                                       |   |
| TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) : <u>970 80 514.</u>       |  |                                       |   |

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |  |  |  |                              |  |  |  |                    |  |  |  |              |  |  |  |
|------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|--------------|--|--|--|
| R A Z            |  |  |  | R E V E C O                  |  |  |  | R O B E R T O      |  |  |  | D I A Z      |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO             |  |  |  | NOMBRES            |  |  |  | Especialidad |  |  |  |
| 5 5 1 5 9 3 0    |  |  |  | 1 3 1 9 3 - 8                |  |  |  | CORREO ELECTRONICO |  |  |  | 1            |  |  |  |
| RUN              |  |  |  | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL |  |  |  | CORREO ELECTRONICO |  |  |  | 1            |  |  |  |
| 9 2 1 4 9 6      |  |  |  | 6 4 2 0 0 4 2 2 5 1 3 3      |  |  |  | TELEFONO           |  |  |  |              |  |  |  |

*Roberto S. Diaz*  
 FIRMA DEL TRABAJADOR  
 ESPECIALIDAD 1  
 1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA  
 DR. ROBERTO S. DIAZ REVE  
 Médico Cirujano  
 RUT: 5.815.931-1  
 02 MAR 2012

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

|   |  |
|---|--|
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE |  |
| <i>Roberto S. Diaz</i>  |  |

|            |  |          |  |
|------------|--|----------|--|
| TOTAL DIAS |  | 84       |  |
| DESDE      |  | 28 08 12 |  |
| HASTA      |  | 11 02 13 |  |

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

1 SI  
 2 NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES ( INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE )

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su empleador.  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los 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.

# Licencia Médica

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.

MINISTERIO DE SALUD

N°2 - 39933261

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

OS  OD  OL  OJ  OI  OY  OZ  
 APELLIDO PATERNO: MACHARNO APELLIDO MATERNO: ALDANA NOMBRES: LETICIA RUN: 73344168-9  
 FECHA EMISION LICENCIA: 28/02/13 FECHA INICIO DE REPOSO: 01/03/13 EDAD: 34 SEXO:  F  
 N° DE DIAS: 15 N° DE DIAS EN PALABRAS: QUINCE

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_

### A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL  
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO 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: \_\_\_\_\_  
 TRAYECTO:  1 = SI  2 = NO

HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_  
 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 ): No con sala única

DIRECCION : CALLE: N°; DEPTO.; COMUNA: Las Maipúes  
139, Libertador

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ): 92061948

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_  
 RUN: \_\_\_\_\_  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 928160001465H ESPECIALIDAD:  1 = MEDICO  2 = DENTISTA  3 = MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: mauricio.troncoso@isapre.cl

**Mauricio Troncoso Z**  
**Médico Psiquiatra**  
**Rut: 4.505.689-2**  
**RICOM: 18.905-7**

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
MAURICIO TRONCOSO DIAZ

| TOTAL DIAS |     | DESDE |     | HASTA |     |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| DIA        | MES | AÑO   | DIA | MES   | AÑO |
|            |     |       |     |       |     |
|            |     |       |     |       |     |
|            |     |       |     |       |     |
|            |     |       |     |       |     |
|            |     |       |     |       |     |

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica...  
 1 = SI  2 = NO

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES  
 INFORMACION ORIGINAL DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su empleador...  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los días hábiles...  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los días hábiles...

