



MINISTERIO DE SALUD  
 SERVICIO SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE  
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  
 SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS  
 OFICINA GESTION DE PERSONAS



**“SOLICITUD DE INVESTIGACION DE LICENCIA A COMPIN”  
 (FORMULARIO)**

A : SRA. LORENA POBLETE OCARANZA  
 SUBDIRECTORA (S) DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONSA  
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT

Junto con saludarle y en virtud de lo establecido por Decreto Supremo N° 3 de Ministerio de Salud de 4 de enero de 1984, en su Título VII de “RESPONSABILIDAD Y FISCALIZACION DEL USO DE LICENCIAS”, en su artículo 51° que indica que “El empleador deberá adoptar las medidas destinadas a controlar el debido cumplimiento de la licencia de que hagan uso sus trabajadores”, que en su inciso segundo indica “El empleador podrá disponer visitas domiciliarias al trabajador enfermo. Sin perjuicio de lo expuesto, todos los empleadores y/o entidades que participan en el proceso deberán poner en conocimiento de la COMPIN o ISAPRE respectiva cualquier irregularidad que verifiquen o les sea denunciada, sin perjuicio de las medidas administrativas o laborales que estimen procedente adoptar”. Me permito solicitar que indaguen la siguiente situación, de acuerdo a lo previsto en Decreto Supremo 3 de Ministerio de Salud de 4 de enero de 1984 en su Título VII de “RESPONSABILIDAD Y FISCALIZACION DEL USO DE LICENCIAS”, en su artículo 52° que indica “Las COMPIN y las ISAPRE deberán investigar las denuncias que se les presenten acerca del otorgamiento o uso indebido de licencias médicas, sin perjuicio de las inspecciones que de oficio puedan ordenar con la misma finalidad.”

DATOS FUNCIONARIO/A A INVESTIGAR:			
Nombre de funcionario			
Cedula de identidad		Cargo	
Domicilio			
Correo electrónico		Celular	
Inicio de Licencia y Duración de estas			

Razones que acreditan la investigación (si tiene documentos probatorios, favor adjuntarlos):	
Está trabajando en otro lugar (informar donde y porqué supone esto):	_____ _____ _____
Está estudiando (informar carrera e institución en la que estudia):	_____ _____ _____
Utiliza el reposo médico por otras razones (indicar razones y porqué tiene la sospecha):	_____ _____ _____
Otras razones (especificar que otras razones y su relevancia):	_____ _____ _____

DATOS JEFATURA QUE SOLICITA LA INVESTIGACIÓN	
Nombre del solicitante	
Servicio del solicitante	
Firma	
Fecha	