



_____, ____ de _____ del 20__

SEREMI DE SALUD REGIÓN _____
Comisión o Subcomisión _____

FORMULARIO SOLICITUD COMPRA TALONARIO LICENCIAS MÉDICAS

(Sírvasse llenar todos los datos solicitados)

Sr(a). Presidente de COMPIN o Subcomisión:

El(la) prestador(a) que suscribe, solicita la autorización para la compra de talonario de licencias médicas, de acuerdo a la causal detallada en el apartado 2), del presente documento.

1) Identificación del Prestador(a):

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombres:	
RUT:	Edad:	Teléfono Contacto:		Correo electrónico contacto:	
Profesión:	Dirección Laboral Prestador Público <input type="checkbox"/>		Dirección Laboral Prestador Privado <input type="checkbox"/>		

(En el caso de la dirección, se debe marcar solo una de las dos opciones, además de detallar la dirección)

2) Para obtener la autorización en la compra de talonarios médicos argumento:

<input type="checkbox"/>	Solicitud del primer talonario de LM, a partir del 01 de enero del 2021.
<input type="checkbox"/>	Declaro tener problemas con el tiempo de respuesta de los operadores.
<input type="checkbox"/>	Declaro tener problema con la lectura de huella.
<input type="checkbox"/>	Declaro que mis pacientes presentan problemas con la lectura de huella paciente.
<input type="checkbox"/>	Declaro desconocer el Proceso de emisión de la Licencia Médica Electrónica.
<input type="checkbox"/>	Declaro tener problemas asociados a la conexión de internet.
<input type="checkbox"/>	Declaro haber presentado problemas en la emisión de LME, debido a la intermitencia de la plataforma en los días detallados en el apartado N°3 del presente documento.
<input type="checkbox"/>	Declaro haber emitido licencias médicas para trabajadores DIPRECA/CAPREDENA.
<input type="checkbox"/>	Declaro haber presentado problemas en la emisión de LME, debido a que no fue reconocida la afiliación del trabajador por parte de su asegurador.
<input type="checkbox"/>	Otro, (especificar)

3) Detallo los días de intermitencia de la plataforma de los operadores o los días en que no fue reconocida la afiliación del trabajador por parte de su asegurador y acompaño la siguiente documentación para acreditar lo señalado, según detalle al reverso:

(Declaro que todos los antecedentes que fundamentan el presente Reclamo son fidedignos y asumo mi responsabilidad de comprobarse la falsedad de los mismos).

Firma del Prestador (a)

Autorizo que la COMPIN, me notifique electrónicamente, de acuerdo a lo dispuesto en la ley 19.880 y el DS N°3.

USO EXCLUSIVO DE COMPIN O SUBCOMISIÓN

Vistos: Lo dispuesto en los artículos 15 y 59 de la Ley N° 19.880, de 2003, Ley de Base de Procedimientos Administrativos de la Administración del Estado y en el Oficio XX, del XX de enero del 2021 y **Considerando:**

Se resuelve:

<input type="checkbox"/>	ACOGER la solicitud, por la causal invocada por el prestador (a)
<input type="checkbox"/>	RECHAZAR la solicitud, por la causal invocada por el prestador (a)
<input type="checkbox"/>	Otro, (especificar).

Firma y Timbre de Presidente de COMPIN/Subcomisión

Documentación de respaldo según causal:

1) Solicitud del primer talonario de LM, a partir del 01 de enero del 2021: No requiere documentación de respaldo.

A partir de la solicitud del segundo talonario, debe presentar la siguiente documentación:

2) Retraso en el tiempo de respuesta de los operadores: Debe presentar la siguiente documentación:

- a) Antecedentes que respalden la gestión llevada a cabo con el operador (correo electrónico y respuesta del operador).
- b) Dirección del lugar en el cual solicitó el enrolamiento.

3) Problemas con la huella del prestador: Debe presentar la siguiente documentación:

- a) Certificado (con vigencia no superior a un mes) emitido por profesional médico dermatólogo que acredite la condición del prestador, detallando diagnóstico que origina el problema descrito.

4) Intermitencia en la plataforma de los operadores: Debe presentar la siguiente documentación.

- a) El prestador deberá indicar los días en que tuvo que emitir LM en formato papel producto de la intermitencia de las plataformas de los operadores.

5) Emisión de LM para trabajadores DIPRECA/CAPREDENA: Debe presentar la siguiente documentación.

- a) El prestador deberá señalar el listado de trabajadores a los cuales emitió LM en su primer talonario y que pertenecen a DIPRECA/CAPREDENA

6) Sin respuesta organismo asegurador: Debe presentar la siguiente documentación.

- a) El prestador deberá indicar los días en que tuvo que emitir LM en formato papel producto que no hubo respuesta del web service de afiliados.
-