



Licencia Medica

Nº3 Folio: 12884012-5

OPERADOR: 4

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiando de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	77492672-0	335879
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION MOTIVO NO RECEPCION TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	21-11-22 08:04	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

OSORIO	JIMÉNEZ	BÁRBARA ANDREA	18144500-9	33	F
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N DE DIAS	
21 11 22 Dia Mes Año		22 11 22 Dia Mes Año		30	
				TREINTA	

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Enfermedad Pre y Post Natal 4=Enfermedad Gineco Materna de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo
RECOUPERABILIDAD LABORAL	1=Si 2=No
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO 1=Si 2=No
FECHA DE LA CONCEPCION	

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLICITUD PARA REPOSO PARCIAL	A=Mañana B=Mediodia C=Noche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE:N;DEPTO:COMUNA			
PASAJE VALPARAISO 17 0 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 998968675			

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

GAMEZ	GUERRA	ANDRES RICARDO	48219076-6
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	712142,	MAYYACENTERSPA@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

AV. PROVIDENCIA 1208 OFICINA 1603 PROVIDENCIA
Prov. de
Providencia
chile

TELEFONO

FAX

DIRECCION

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLINICOS	
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	EMAIL TRABAJADOR
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	