



Licencia Medica

Nº3 Folio: 14053656-3

OPERADOR: 4

SECCION 0:

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 cambiario de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

| RUT OPERADOR | TIPO FORMULARIO | EMPLEADOR ADSCRITO | CODIGO ENTIDAD | RUT PRESTADOR | CODIGO PRESTADOR | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|----------------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 76135801-4 | 3 | SI | 94954000-6 : COLMENA | 76098454-K | 201452 | | |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA | 14-03-23 19:41 | 10100 | 65082446-6 | | | | |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|------------------|------------------|-------------|------------|------|------|
| FUENTES | NEEDHAM | SARA ANDREA | 16156241-6 | 36 | F |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | EDAD | SEXO |

| |
|-----------------------------------|
| FECHA EMISION LICENCIA |
| 14 03 23 Dia Mes Ano |

| |
|-----------------------------------|
| FECHA INICIO DE REPOSO |
| 15 03 23 Dia Mes Ano |

| |
|-----------|
| N DE DIAS |
| 3 |

| |
|-----------------------|
| N DE DIAS EN PALABRAS |
| TRES |

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 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 | 2 | 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 | SOLO PARA REPOSO PARCIAL | A=Manana B=Tarde C=Noche |
| LUGAR DE REPOSO | 1 | 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio | |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) | | | |
| DIRECCION: CALLE:N;DEPTO:COMUNA BANDERA 1377 CONCEPCION | | | |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 77002217 | | | |

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | |
|------------------|------------------|--------------------|------------|
| MALDONADO | MURILLO | CATALINA DEL ROCIO | 14718859-5 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |

| | | | | |
|-------------------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|
| MEDICINA FAMILIAR | 1 | 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona | | CATALINAMALDONADO40@GMAIL.COM |
|-------------------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|

| | | |
|--|------------------|---|
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO |
| LOS MILITARES 4777 # Las Condes chile | 0 | |

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL |
| DIAGNOSTICO PRINCIPAL | OTROS DIAGNOSTICOS |

| |
|--------------------------|
| INFORMACION CONFIDENCIAL |
| ANTECEDENTES CLINICOS |

| |
|-------------------------------|
| EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO |
|-------------------------------|

A.C COMPLEMENTO

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL | FONO.SARAFUENTES@GMAIL.COM |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO EMAIL TRABAJADOR