



Licencia Medica

N°3 Folio: 15046876-0

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

OPERADOR: 4

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA		76098454-K	253867	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	14-06-23 09:15	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

RODRÍGUEZ	VERGARA	CLAUDIA ELIZABETH	9718198-5	45	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
14	06	23
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
15	06	23
Dia	Mes	Año

N DE DIAS
11

N DE DIAS EN PALABRAS
ONCE

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=Patología 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	1=A=Manana 2=B=Tarde 3=C=Noche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA AVENIDA RECONQUISTA 4078 HUALPÉN			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 91322620			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MILAGRO	NUÑEZ	JACQUELINE PAULINA	15518278-4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	199255	JACQUENUNEZC@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # Talcahuano chile	412205807	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

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	INFORMACIÓN	INFORMACIÓN	INFORMACIÓN
-------------	-------------	-------------	-------------