



Licencia Medica

N°3 Folio: 15465842-4

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 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	96522500-5 : MASVIDA S.A.			61607301-K	82484

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	28-07-23 18:44	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BERRIOS	CISTERNA	CRISTIAN ANDRES	17900291-4	31	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

28

07

23

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

31

07

23

Día

Mes

Año

N DE DIAS

5

N DE DIAS EN PALABRAS

CINCO

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 ano  
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto  
6=Enfermedad Profesional  
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

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

MARIA DOLORES 3775 LOS ANGELES

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

981200810

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LOPEZ	ZAMBRABO	MARIO	8320378-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA GENERAL	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	13593	MARIOLOPEZZ@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

AVDA RICARDO VICUÑA 147 # Los Angeles chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

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