



Licencia Medica

Nº3 Folio: 16641876-3

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	61603000-0 : FONASA	77520008-1	346609		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	24-11-23 17:50	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PARRA	ÁVILA	NICOLE STEPHANIE	19119317-2	28	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
24 Dia	11 Mes	23 Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
25 Dia	11 Mes	23 Año

N DE DIAS		
30		

N DE DIAS EN PALABRAS		
TREINTA		

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 1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2 1=Si 2=No		
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO	1 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 CORDILLERA 3570 CORONEL			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 934512812			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MONTERO	RUEDA	MARIA EUGENIA	27337946-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		DRAMONTEROMARIA@GMAIL.COM
---	--	--	---------------------------

GENERAL DEL CANTO 50 OF 301 # Providencia chile	978493155	
--	-----------	--

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 CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	VEIOUVO079@TORMAILS.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------

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