



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 18086607-8

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	61602295-4	75709
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	06-05-24 10:18	10100	65082446-6		

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

IBANEZ	VALENZUELA	FRANCISCA MAGDALENA	18106709-8	32	F
--------	------------	---------------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN      EDAD      SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
06	05	24

FECHA INICIO DE REPOSO		
05	05	24

N DE DIAS		
30		

N DE DIAS EN PALABRAS		
TREINTA		

### A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.  
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

ROJAS	IBANEZ	PASCAL	28245458-0
-------	--------	--------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

FECHA DE NACIMIENTO

15	09	23
----	----	----

### A.3 TIPO DE LICENCIA

4	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=Si 1=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO 1=Si 2=No
FECHA DE LA CONCEPCION	15 09 23 Dia Mes Ano

### 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 BONILLA NORTE 3267 57 CONCEPCION						
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 99999999						

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

-----

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

OJEDA	INZUNZA	ANDRES EDUARDO	16008890-7
-------	---------	----------------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

-	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	36220	ANDRESOJEDAI@GMAIL.COM
---	--	-------	------------------------

ESPECIALIDAD      TIPO PROFESIONAL      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRONICO

SAN MARTIN 1580 # Concepcion 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	FRANCISCA.IBANEZ@LIVE.CL
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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