

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.
Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 3 18404201-0
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

| | | | | | |
|--------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------|------------------|
| RUT OPERADOR | TIPO FORMULARIO | EMPLEADOR ADSCRITO | CÓDIGO ENTIDAD | RUT PRESTADOR | CÓDIGO PRESTADOR |
| 76135801-4 | 3 | SI | 94954000-6 : COLMENA | 61602295-4 | 75709 |

| | | | | | | | |
|-----------------|----------------|--------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CÓDIGO TRAMITACIÓN | RUT EMPLEADOR | FECHA TÉRMINO RELACIÓN | MOTIVO DEVOLUCIÓN | MOTIVO NO RECEPCIÓN | TIPO LIQUIDACIÓN |
| 1- OTORGADA | 03-06-24 10:52 | 10100 | 65082446-6 | | | | |

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|------|------|
| IBANEZ | VALENZUELA | FRANCISCA MAGDALENA | 18106709-8 | 32 | F |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | EDAD | SEXO |
| FECHA EMISIÓN LICENCIA | FECHA INICIO DE REPOSO | N° DE DÍAS | N° DE DÍAS EN PALABRAS | | |
| 03 06 24 Día Mes Año | 04 06 24 Día Mes Año | 30 | TREINTA | | |

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

| | | | | |
|------------------|------------------|---------|------------|-------------------------|
| ROJAS | IBÁÑEZ | PASCAL | 28245458-0 | FECHA DE NACIMIENTO |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | 15 09 23 Día Mes Año |

A.3 TIPO DE LICENCIA

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|-----------|
| 4 | 1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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 TRÁMITE DE INVALIDEZ | 2 | 1=Si 2=No |
| FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | TRAYECTO | 1=Si 2=No | | |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | | | | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------|
| 1 | 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial | SÓLO PARA REPOSO PARCIAL | A=Mañana B=Tarde C=Noche |
| LUGAR DE REPOSO | 1 | 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio | |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) | | | |
| DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA BONILLA NORTE, 3267 57 CONCEPCIÓN CHILE | | | |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 958658654 | | | |

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | |
|------------------|------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------------|
| OJEDA | INZUNZA | ANDRES EDUARDO | 16008890-7 | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | |
| - | 1 | 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona | 36220 | ANDRESOJEDAI@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO | |

| | | |
|------------------------------------|----------|-----|
| SAN MARTIN 1580 # CONCEPCIÓN CHILE | 0 | |
| DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX |

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | OTROS DIAGNÓSTICOS |
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | |
| ANTECEDENTES CLÍNICOS | |
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | |
| EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO | |

A.C COMPLEMENTO

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | FRANCISCA.IBANEZ@LIVE.CL |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | EMAIL TRABAJADOR |

