



Licencia Medica

N°3 Folio: 18847185-4

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                 | 61603000-0 : FONASA |  | 76098454-K    | 253902           |  |

| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO   | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
|-----------------|----------------|--------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 1- OTORGADA     | 23-07-24 08:56 | 10100              | 65082446-6    |                        |                   |                     |                  |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |                |            |      |      |
|------------------|------------------|----------------|------------|------|------|
| ESCARES          | VALDERRAMA       | ELIBETH SUSANA | 15616456-9 | 40   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES        | RUN        | EDAD | SEXO |

FECHA EMISION LICENCIA

23

07

24

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

23

07

24

Día

Mes

Año

N DE DIAS

3

N DE DIAS EN PALABRAS

TRES

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

1

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

OHIGGINS PONIENTE 2512 CHIGUAYANTE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

974856042

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |               |            |
|------------------|------------------|---------------|------------|
| PAGÉS            | GÓMEZ            | ELIANA FÁTIMA | 24638325-1 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES       | RUN        |

-

1

1=Medico  
2=Dentista  
3=Matrona

ELIANAPAGES@HOTMAIL.COM

ESPECIALIDAD

TIPO PROFESIONAL

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

AV. LOS CARRERA 301, MALLPLAZA MIRADOR  
# Concepción  
chile

0

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 | ELIBETH.ESC@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO  | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO   | EMAIL TRABAJADOR      |