



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 18967553-4

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	61602189-3	75711
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	05-08-24 11:22	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
05    08    24 Dia   Mes   Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
03    08    24 Dia   Mes   Ano

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	IBAÑEZ	PASCAL	28245458-0
-------	--------	--------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

FECHA DE NACIMIENTO

15    09    23  
Dia   Mes   Ano

### 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=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2=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=Reposo Laboral Total      2=Reposo Laboral Parcial      SOLO PARA REPOSO PARCIAL  
A=Manana      B=Tarde      C=Noche

LUGAR DE REPOSO      1=Su Domicilio      2=Hospital      3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

BONILLA NORTE 3267 CONCEPCION

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

954237288

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

-----

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASTILLO	JARA	DIEGO ESTEBAN	19854790-5
----------	------	---------------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

-	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		DCASTILLO2016@UDEC.CL
---	-------------------------------------	--	-----------------------

ESPECIALIDAD      TIPO PROFESIONAL      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRONICO

SAN MARTIN 1436 # 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	FANCISCA.IBANEZ@LIVE.CL
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------

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