



Licencia Medica

N°3 Folio: 19165001-8

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 |  | 16012096-7    | 397860           |  |

| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO   | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
|-----------------|----------------|--------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 1- OTORGADA     | 26-08-24 17:58 | 10100              | 65082446-6    |                        |                   |                     |                  |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |                   |            |      |      |
|------------------|------------------|-------------------|------------|------|------|
| VERA             | REYES            | FRANCISCA CECILIA | 16761913-4 | 36   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES           | RUN        | EDAD | SEXO |

FECHA EMISION LICENCIA

26

08

24

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

26

08

24

Día

Mes

Año

N DE DIAS

21

N DE DIAS EN PALABRAS

VEINTIUNO

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

LOS PITAOS, LAS TERRAZAS 901 HUALQUI

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

951399311

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |               |            |
|------------------|------------------|---------------|------------|
| PINO             | ZAROR            | MARCO ALBERTO | 16012096-7 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES       | RUN        |

|              |                  |                                     |                    |                           |
|--------------|------------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| PEDIATRÍA    | 1                | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | 3497               | MARCO.PINOZAROR@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL        | CORREO ELECTRONICO |                           |

|  |           |     |
|--|-----------|-----|
| SANTO TOMÁS BECKET 544,<br># Concepción<br>chile | 413383682 |     |
| 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 | FRANVERAREYES@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO  | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO   | EMAIL TRABAJADOR        |