



Licencia Medica

Nº3 Folio: 19344432-6

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 cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	94954000-6 : COLMENA		76369287-6	111141	

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	16-09-24 09:47	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
16 09 24
Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
15 09 24
Dia Mes Ano

N DE DIAS
30

N DE DIAS EN PALABRAS
TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

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					
1					
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=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
1	3	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio
LUGAR DE REPOSO	3	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (S)		
AMBULATORIA		
DIRECCION: CALLE-N.DEPDO/COMUNA		
BONILLA NORTE 3267 CONCEPCION		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
954237288		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MORALES	ETCHEBERRY	FRANCISCA	13725733-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	17644	FMORALESE@YAHOO.CL
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

O'HIGGINS N° 680 OFICINA 506 # Concepcion 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	FRANCISCA.IBANEZ@LIVE.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR