



Licencia Medica

N°3 Folio: 19858041-4

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	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	13-11-24 12:10	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
13 11 24 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
14 11 24 Dia Mes Año

N DE DIAS
30

N DE DIAS EN PALABRAS
TREINTA

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	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	3	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	AMBULATORIA		
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

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 # 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	FRANCISCA.IBANEZ@LIVE.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR