

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades

- Fecha de emisión: **02/06/2025,17:08:48**
- N° Orden de Reposo: **0008592482**

1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

- Siniestro: **0008592482**
- Tipo Siniestro: **ACCIDENTE DE TRABAJO**
- Fecha DIAT o DIEP: **29/05/2025**
- Código Único Nacional (CUN): **9111091**
- Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): **DIAT**

2. DATOS DE LA EMPRESA

- Razón Social: **FUNDACION EDUCACIONAL LA PROVIDENCIA**
- Rut: **65.082.446-6**
- Dirección: **LAUTARO 487, CONCEPCION**

3. DATOS DEL TRABAJADOR

- Nombre: **ALFONSO ENRIQUE OLIVA SALINAS**
- Rut: **13.247.914-3**
- Número Paciente: **1001599420**
- Teléfono: **996942662**
- Número de Certificado: **0008592482**
- Fecha Presentación: **29/05/2025 , 13:16:09**
- Dirección: **PEDRO AGUIRRE CERDA 255 TORRE-B 255, SAN PEDRO DE LA PAZ**

4. DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La cantidad de días de incapacidad temporal puede verse modificada según como sea tu evolución del caso. De ocurrir, nos contactaremos contigo para reagendar tus próximos controles.

Fecha Reposo Laboral:

- Desde: **02/06/2025**
- Hasta: **10/06/2025**
- Número de días: **9**

5. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

- Nombre: **BARBARA BELEN VILCHES MONTECINOS**
- Rut: **18.452.090-7**



ACHS SALUD FIRMA Y TIMBRE

CONSIDERACIONES:

- (1) Este certificado muestra los días parciales de reposo (puede no representar la cantidad total de días de reposo que se indicaron al paciente)
- (2) Si el paciente está hospitalizado o está cursando un reposo con o sin fecha de término, este período de reposo puede ser reducido o extendido en su próximo control médico agendado y/o espontáneo y por lo tanto, la información de este certificado puede variar

FIRMA PACIENTE

CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN / CARDENIO AVELLO 70 CONCEPCIÓN

Verificado y Firmado por ACEPTA <small>Los certificados de Acepta cumplen con los estándares internacionales para firma electrónica, lo que no implica que sean compatibles con todos los software de visualización, no afectando ello en caso alguno la validez de la firma</small>	Orden de Reposo Ley N° 16.744 ACHS <small>Creación: 2025-06-02 17:16:47 - N° Doc: X1-0000-02FD-0A93-2AC2 Última actualización: 2025-06-02 17:16:47 - Verificado en https://sdec.cl</small>	<small>(1 página)</small>
 Firma Simple Validado con Cédula		
Firmante: 0013247914-3 OLIVA SALINAS, ALFONSO ENRIQUE Institución - Rol: PERSONA NATURAL Fecha de Firma: 2025-06-02 17:11:48.988667 Auditoría Autentía: ACHS-F6IQ-9X7R-50SI Operador: 0013247914-3		

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades

- Fecha de emisión: **30/05/2025, 14:39:16** - N° Orden de Reposo: **0008592482**

1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

- Siniestro: **0008592482** - Tipo Siniestro: **ACCIDENTE DE TRABAJO**
- Fecha DIAT o DIEP: **29/05/2025** - Código Único Nacional (CUN): **9111091**
- Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): **DIAT**

2. DATOS DE LA EMPRESA

- Razón Social: **FUNDACION EDUCACIONAL LA PROVIDENCIA** - Rut: **65.082.446-6**
- Dirección: **LAUTARO 487, CONCEPCION**

3. DATOS DEL TRABAJADOR

- Nombre: **ALFONSO ENRIQUE OLIVA SALINAS** - Rut: **13.247.914-3**
- Número Paciente: **1001599420** - Teléfono: **996942662**
- Número de Certificado: **0008592482** - Fecha Presentación: **29/05/2025, 13:16:09**
- Dirección: **PEDRO AGUIRRE CERDA 255 TORRE-B 255, SAN PEDRO DE LA PAZ**

4. DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La cantidad de días de incapacidad temporal puede verse modificada según como sea tu evolución del caso. De ocurrir, nos contactaremos contigo para reagendar tus próximos controles.

Fecha Reposo Laboral:

- Desde: **30/05/2025** - Hasta: **02/06/2025**
- Número de días: **4**

5. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

- Nombre: **ISIDORA PAZ SILVA CORTES** - Rut: **19.597.039-4**



ACHS SALUD FIRMA Y TIMBRE

CONSIDERACIONES:

- (1) Este certificado muestra los días parciales de reposo (puede no representar la cantidad total de días de reposo que se indicaron al paciente)
(2) Si el paciente está hospitalizado o está cursando un reposo con o sin fecha de término, este periodo de reposo puede ser reducido o extendido en su próximo control médico agendado y/o espontáneo y por lo tanto, la información de este certificado puede variar

FIRMA PACIENTE

CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN / CARDENIO AVELLO 70 CONCEPCIÓN

Header Place Holder

Sign Place Holder