



Licencia Medica

N°3 Folio: 21175729-9

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<br>ADSCRITO | CODIGO ENTIDAD   |                           |                   | RUT PRESTADOR       | CODIGO<br>PRESTADOR |
|-----------------|-----------------|-----------------------|--|---------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| 76135801-4      | 3               | SI                    | 96856780-2 : CONSALUD ( ACTUALMENTE OPERA CON CODIGO "107" EN SISTEMA DE SALUD ) |                           |                   | 76098454-K          | 253867              |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO    | CODIGO TRAMITACION    | RUT EMPLEADOR  | FECHA TERMINO<br>RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION    |
| 1- OTORGADA     | 21-04-25 10:35  | 10100                 | 65082446-6   |                           |                   |                     |                     |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |                  |            |      |      |
|------------------|------------------|------------------|------------|------|------|
| ABURTO           | BURGOS           | PAULINA VERONICA | 16764979-3 | 37   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES          | RUN        | EDAD | SEXO |

FECHA EMISION LICENCIA

21

04

25

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

21

04

25

Día

Mes

Año

N DE DIAS

3

N DE DIAS EN PALABRAS

TRES

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

1

1=Su Domicilio  
2=Hospital  
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

LAGO LLANQUIHUE 351 TALCAHUANO

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

995497334

FIRMADO  
ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |               |            |
|------------------|------------------|---------------|------------|
| ERAZO            | COPETE           | DIANA MARCELA | 24897721-3 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES       | RUN        |

|                  |                  |                                     |                         |
|------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| SIN ESPECIALIDAD | 1                | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | DIANA.ERAZOC1@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD     | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL        | CORREO ELECTRONICO      |

|   |          |     |
|---|----------|-----|
| AV, PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # Talcahuano 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 | PAULINAABURTOBURGOS@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO  | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO   | EMAIL TRABAJADOR              |