



Licencia Medica

N°3 Folio: 21721656-7

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 |  | 61607202-1    |  | 10321            |  |

| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO   | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
|-----------------|----------------|--------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 1- OTORGADA     | 25-06-25 19:48 | 10100              | 65082446-6    |                        |                   |                     |                  |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |                     |            |      |      |
|------------------|------------------|---------------------|------------|------|------|
| IBANEZ           | VALENZUELA       | FRANCISCA MAGDALENA | 18106709-8 | 33   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES             | RUN        | EDAD | SEXO |

| FECHA EMISION LICENCIA  | FECHA INICIO DE REPOSO  | N DE DIAS | N DE DIAS EN PALABRAS |
|-------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|
| 25 06 25<br>Día Mes Año | 27 06 25<br>Día Mes Año | 30        | 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

1

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 CONCEPCIÓN

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        |

|              |                  |                                     |                              |                    |
|--------------|------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| PSIQUIATRÍA  | 1                | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | 17644                        | FMORALESE@YAHOO.CL |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL |                                     | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO |

|                                                      |          |     |
|------------------------------------------------------|----------|-----|
| ALTO HORNO 777 LAS HIGUERAS<br># Talcahuano<br>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         |